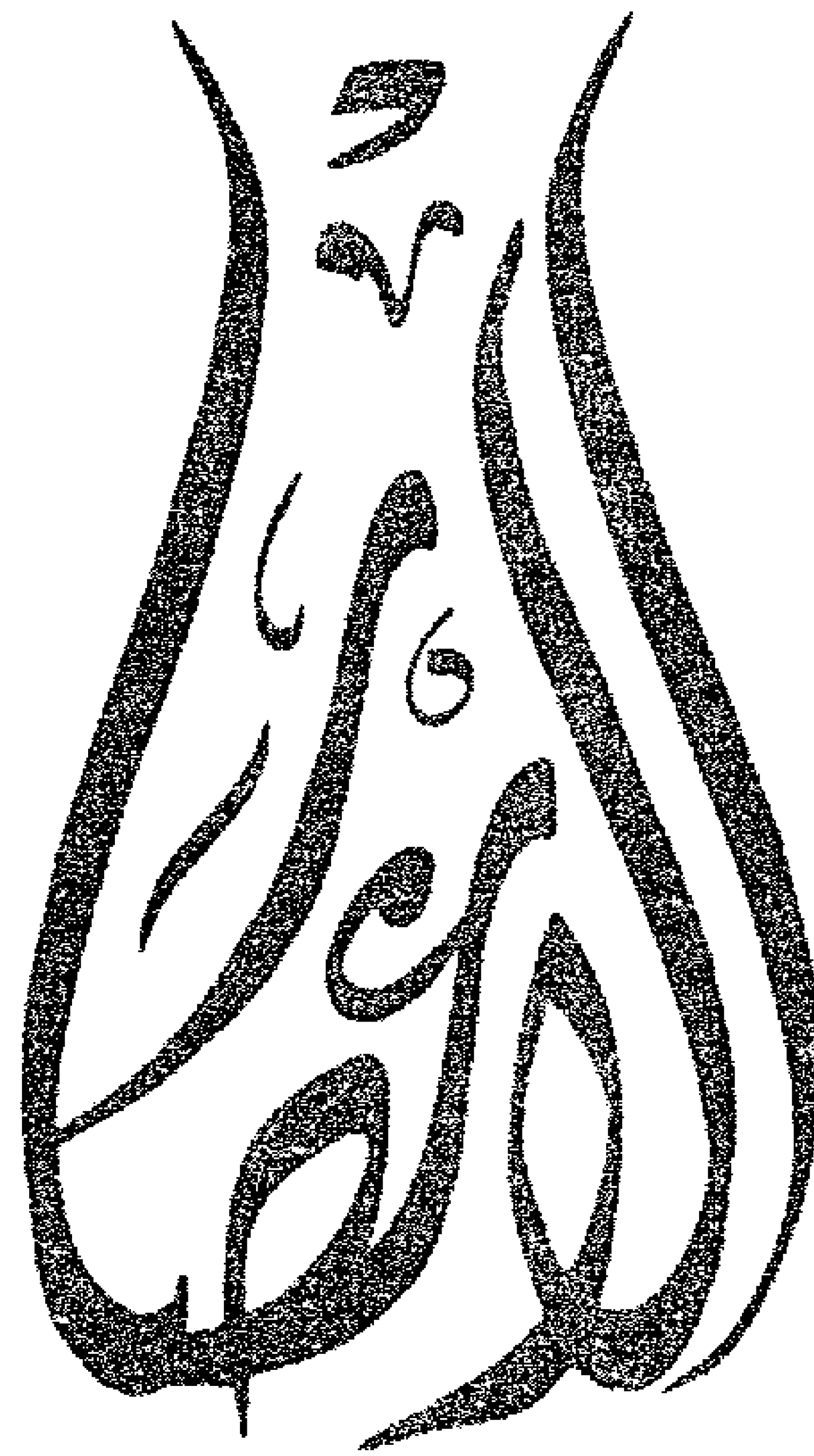
الإرشاد النفسي
عبر مراحل العمر
COUNSELING IN STAGES OF LIFE

الأستاذ الدكتور
سامي محمد ملحم
جامعة عمان العربية



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع



للنشر والتوزيع

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنْ كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ
ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِنْ مُضْغَةٍ مُخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَى أَجَلٍ
مُسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَنْ يُتَوَفَّى وَمِنْكُمْ مَنْ يُرَدُّ إِلَى أَرْذَلِ
الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِنْ بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا وَتَرَى الْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَا أَنْزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ
وَرَبَتْ وَأَنْبَتَتْ مِنْ كُلِّ زَوْجٍ بَهِيجٍ (5) ذَلِكَ بِأَنَّ اللَّهَ هُوَ الْحَقُّ وَأَنَّهُ يُحْيِي الْمَوْتَى وَأَنَّهُ عَلَى كُلِّ
شَيْءٍ قَدِيرٌ (6)﴾

صدق الله العظيم

(الحج: 5، 6)

الإرشاد النفسي

عبر مراحل العمر

COUNSELING IN STAGES OF LIFE

الإرشـــاد النـفســي

عبر مراحل العمر

COUNSELING IN STAGES OF LIFE

تاليف

الأستاذ الدكتور

سامـي محمـد ملحـم

جامعة عمان العربية

الطبعة الأولى

2015م – 1436هـ



رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2014/2/1040)

158.3

ملحم، سامي محمد

الإرشاد النفسي عبر مراحل العمر/ سامي محمد ملحم.- عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، 2014

( ) ص

ر.أ.: 2014/2/1040

الواصفات: /الإرشاد النفسي//علم النفس/

• يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى.

الطبعة العربية الأولى

2015م-1436هـ



الأردن – عمان – وسط البلد – شارع الملك حسين

مجمع الفحيص التجاري

هاتف: 96264646208+ فاكس: 96264646470+

الأردن – عمان-مرج الحمام – شارع الكنيسة -مقابل كلية القدس

هاتف: 96265713906+ فاكس: 96265713907+

جوال: 797896091 – 00962

info@al-esar.com – www.al-esar.com



ISBN 978-9957-586-00-3 (ردمك)

المحتويات

الوحدة الثانية

عملية الارشاد النفسي والعلاج النفسي

الموضوع	الصفحة

الوحدة الثالثة

إرشاد الجماعات

الموضوع	الصفحة

الوحدة الرابعة

الإرشاد النفسي في الطفولة

الموضوع	الصفحة

الوحدة الخامسة

الإرشاد النفسي للمراهق

الموضوع	الصفحة

الوحدة السادسة

الارشاد النفسي للراشد

الموضوع	الصفحة

الوحدة السابعة

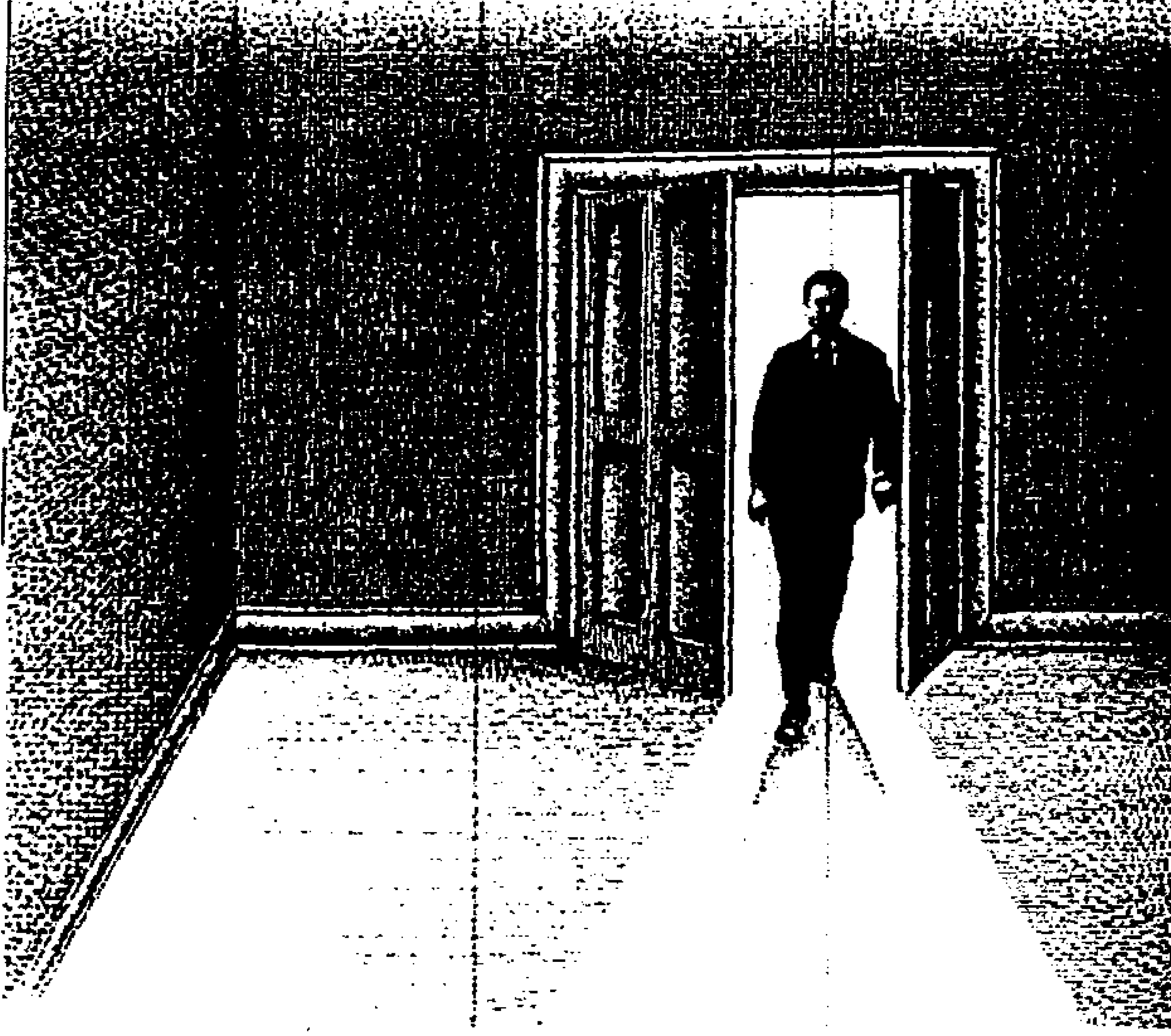
الارشاد النفسي لكبار السن

الموضوع	الصفحة

تقديم

عزيزي القارئ:

يعتبر الاهتمام بالانسان في مختلف مراحل عمره من اهم المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره وتحضره بين غيره من المجتمعات (البعد الاجتماعي الاقتصادي الحضاري). وسوف يجد القارئ في هذا الكتاب سبع وحدات رئيسة تهتم بالانسان عبر مراحل عمره المتتابعة ومشكلاته وطرق ارشاده وعلاجه.



- الوحدة الاولى: النمو الانساني: وأساليب الارشاد فيه. وتتضمن: النمو الانساني والعوامل المؤثرة فيه: او نظريات تفسير النمو. ودورة الحياة (من الخلق حتى الممات). والانسان بين السواء وعدم السواء في السلوك، وعملية التكيف، والحاجة الى الارشاد النفسي. والاسس والمسلمات العامة والاسس الفلسفية، والنفسية، والاجتماعية، والفنية والاخلاقية، والعصبية والفيزيولوجية.
- الوحدة الثانية: عملية الارشاد: وتشتمل علىأهداف العملية الارشادية، والعوامل المؤثرة فيها. ونماذجها. والاتصال في العملية الارشادية. كعملية اجتماعية، ودورة العملية الاتصالية. والمعلومات اللازمة للعملية الارشادية وشروط عملية جمع المعلومات، وتنظيمها وتحليلها، ووسائل جمع المعلومات. وطرق الارشاد والعلاج.
- الوحدة الثالثة: ارشاد الجماعات وتشتمل على: طبيعة الجماعات الصغيرة، وتعريفها، والاتجاهات النظرية في دراسة الجماعات. والارشاد الجمعي: وخصائصه، وأسسه النفسية والاجتماعية. ومجالات استخدامهوأهميته، واهدافه. وتشكيل المجموعة الارشادية وبناؤها.. وقيادتها ومهمات القائد وخصائصه ودور اعضاء المجموعة الارشادية ومسؤولياتهم، ودور المرشد المهني في المجموعة الارشادية. وقواعد واخلاقيات العمل في المجموعة الارشادية. وأساليب الارشاد الجمعي وفنياته

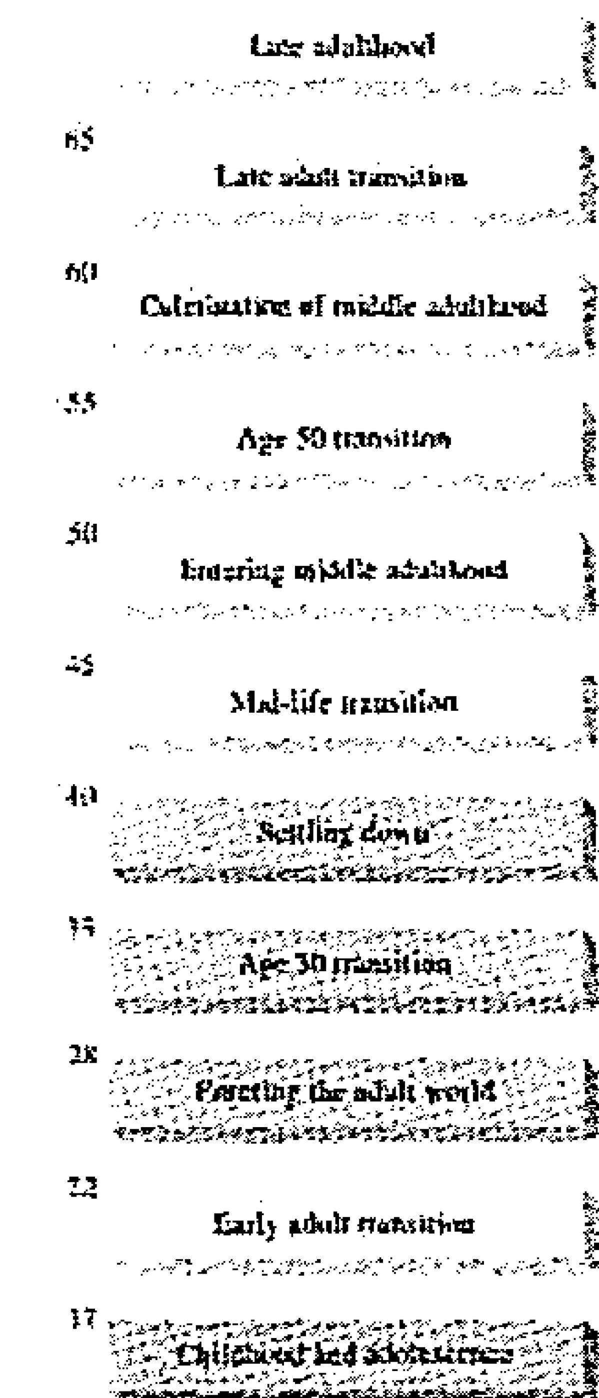
- الوحدة الرابعة: الارشاد النفسي في الطفولة. وتشتمل على كل من المرحلة الجنينية والمهد. والطفولة المبكرة والمتوسطة وأساليب الإرشاد فيها.
- الوحدة الخامسة: الارشاد النفسي للمراهق: وتشتمل على: طبيعة المراهقة، واتجاهاته في تفسير المراهقة، مطالب المراهقين، أهمية مرحلة المراهقة وأهدافها، والعوامل المؤثرة فيها، وتكيف المراهق ومشكلاته وأساليب ارشاده
- الوحدة السادسة: مظاهر نمو الراشد، وشخصيته والتوافق ومسألة الهوية، الزواج والحياة الأسرية، الصحة والمرض، والنمو المهني والاضطرابات النفسية واساليب الارشاد فيها.
- الوحدة السابعة: الارشاد النفسي لكبار السن: وتتضمن: دراسات حول الشيخوخة، وأهميتها ونظرياتها، والتغيرات البيولوجيه والعقلية والنفسية التي تطرأ على المسنحاجات ومطالب المسنين ورعايتهم، استراتيجيات الحد من مشكلات التوافق لدى المسنين.

ويأمل المؤلف ان يكون هذا الكتاب مرجعا ودليلا للباحثين والدارسين والمهتمين في مجال الارشاد النفسي والتربوي.

سامي محمد ملحم

الوحدة الأولى

النمو الإنساني وأساليب الإرشاد فيه













الوحدة الأولى

النمو الإنساني وأساليب الإرشاد فيه

أولاً: المقدمة:

(1 – 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: اهلا بك في الوحدة الاولى من هذا الكتاب والذي يبحث في الارشاد النفسي عبر مراحل العمر. ولقد حاول علماء النفس الوقوف أمام ظاهرة النمو الإنساني والمتغيرات التي ترتبط به. ليفرز علماً قائما بذاته من اجل الإجابة عن كل التساؤلات التي يبحث القارئ إجابات محددة لها.

تتألف هذه الوحدة التي تدور النمو الانساني وأساليب الارشاد منه من ثلاثة أجزاء رئيسة. يضمن الجزء الأول منها تعريفا للنمو وخصائصه والعوامل المؤثرة فيه.

ويتضمن الجزء الثاني من الوحدة حاجتنا الى الخدمات النفسية واتجاهاته النظرية وسلوكياتنا بين السواء وعدم السواء وعملية التكيف. كما يبحث الجزء الثالث أسس الأرشاد النفسي العامة، والفلسفية والنفسية والتربوية والاجتماعية والفنية والأخلاقية والعصبية والفيزيولوجية ومسلماتها.

(1 – 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادرا على أن:

1. تعرف النموالانساني والعوامل المؤثرة فيه
2. تبين الحاجة الى الخدمات النفسية للفرد
3. تحدد اسس الارشاد النفسي ومسلماته

ثانياً: النمو الانساني والعوامل المؤثرة فيه:

النمو عملية تكامل في التغيرات الفيزيولوجية والسيكولوجية تهدف إلى تحسين قدرة الفرد على التحكم في البيئة (Hetherington & Parke, 2006) . وأن هذه العملية منظمة، وتسير وفق أسس، وتتقدم بناء على قواعد يمكن التعرف عليها ودراستها. (Hurlock, 1991)

وتستخدم كلمة نمو Development للدلالة على التغير الذي يطرأ على الكائن الحي. أو للدلالة على الزيادة الإضافية في مقدار الخاصية أو الصفة السلوكية. وعليه، فان النضج هنا يشير الى التغير البيولوجي والفيزيولوجي والنيرولوجي الذي يطرأ على الكائن

الانساني ويحدث تغيرا في بنية الجسم. ووظائف أعضائه. والنمو الجسمي غير محدد بالتغيرات في الحجم. فالطفل ليس مجرد شخص راشد مصغر Miniature adult كما كان يعتقد من قبل. ولكن تكوينه الجسمي الكلي يبدي نسبا مختلفة عن نسب الشخص الراشد. (Berk, 2007) .

ومن بين المعالم الأكثر أهمية والتي تأخذ في الاختفاء التدريجي. كلما أخذ الطفل في النمو: الغدة التيموسية Thymus gland التي تعرف في الغالب بغدة الطفولة وموضعها في الصدر. والغدة الصنوبرية Pineal gland وموضعها أسفل الدماغ. والانعكاسات السائدة في مرحلة الطفولة والتي تعرف بانعكاسات بابينكسي وداروون Babinski & Darwinian reflexes والشعر الطفلي والمجموعة الأولى من الأسنان المعروفة بالأسنان الطفلية (اللبنية) .

وبالإضافة إلى اختفاء بعض المعالم القديمة التي استنفذت جدواها. فانه يلاحظ نمط رابع من التغير النمائي في اكتساب معالم جديدة جسمية وعقلية. بعض هذه المعالم تكتسب خلال عملية التعلم. وبعضها الآخر يكون نتاج عملية النضج أو تفتح المسامات الكامنة التي لم تتم على نحو كامل عند الميلاد. لاحظ مثلا. فترة نمو الأسنان الأولى والثانية، والخصائص الجنسية الأولية والثانوية. والمشي والكلام، وتناول الطعام الجاف، ومخالطة الآخرين بعد العزوف عنهم، والتطلع والشغف خاصة فيما يتعلق بالموضوعات الجنسية، الحافز الجنسي، المعرفة، المعايير الخلقية، المعتقدات الدينية، الأشكال المختلفة للغة... إلى غير ذلك من اكتساب معالم جديدة لم يكن قد ظهرت لديه من قبل.

وتشير الدراسات والبحوث التي أجريت على مراحل النمو الإنساني من مختلف جوانبه. ان تغيرات النمو الإنساني تحدث بطريقة منتظمة. في الظروف البيئية العادية. وتظهر خصائص الانتظام أثناء فترة الحمل وبعد الولادة. وفي سلوك الحبو والوقوف والمشي واستخدام الأيدي والأصابع والكلام. وهذه الأنماط من السلوك تكاد تظهر في معظم الأطفال بترتيب وتتابع يكاد يكون واحدا. مما حدا بجيزل في وصف هذا التتابع المنتظم الثابت نسبيا (بالمورفولوجيا النفسية) .

والنمو عملية كلية Holistic تحدث مظاهرها كلها متأنية وبينها علاقات متداخلة. فالنمو اللغوي لا يعتمد فقط على المهارات اللغوية والنمو العقلي. وانما يعتمد في كثير من جوانبه على النمو الاجتماعي والوجداني للطفل. وعلى المهتم بعلم نفس النمو أن يتبع منهجه التحليلي بنظرة تركيبية وإلا افتقده وحدة الشخصية وتكامل السلوك. ولا يعقل ان يتم الفصل بين المكونات الجسمية والعقلية والاجتماعية والوجدانية الانفعالية للنشاط الإنساني وتناول كل جانب منها على حدة تمشيا مع الاعتقاد السائد بإمكانية الفصل بين هذه المكونات. بل هي كل متكامل للنمو الإنساني من جميع جوانبه.

ويتميز النمو الإنساني بأن لكل فرد ينمو بطريقته وبمعدله. ويتناول البحث العلمي في هذا الصدد حالات فردية لأي ظاهرة فيزيولوجية أو نفسية ثم تعمم هذه الحالات على ظواهر مماثلة. مع الأخذ بعين الاعتبار إلى أن شرط التعميم العلمي الصحيح أن يكون عدد حالات العينة ممثلة للأصل الإحصائي الذي تنسب إليه.

وعلى الرغم من ان كثيرا من المعلومات التي تتناولها البحوث الخاصة بالنمو الإنساني تشتق مما يسمى بالمعايير السلوكية. إلا أننا يجب أن نحذر دائما من تحويل هذه المعايير الى قيود. ذلك ان ما يؤديه الناس على أنه السلوك المعتاد او المتوسط او ما يؤدى بالفعل (وهو جوهر المفهوم الأساسي للمعيار) يتحول في هذه الحالة ليصبح ما يجب أن يؤدى. ولعل هذا هو سبب ما يشيع بين الناس من الاعتقاد بوجود أوقات ومواعيد ملائمة لكل سلوك. وهكذا يصبح المعيار العمري البسيط تقليدا اجتماعيا. ويقع الناس أسرى لما يسميه عدد من الباحثين بالساعة الاجتماعية (صادق وأبو حطب، 2005) بها يحكمون على كل نشاط من الأنشطة العظمى في حياتهم بأنه في وقته تماما أو انه مبكر أو متأخر. على دخول المدرسة مثلا، أو إنهاء الدراسة أو الالتحاق بالعمل أو الزواج. أو التقاعد ما دام لكل ذلك معاييره.

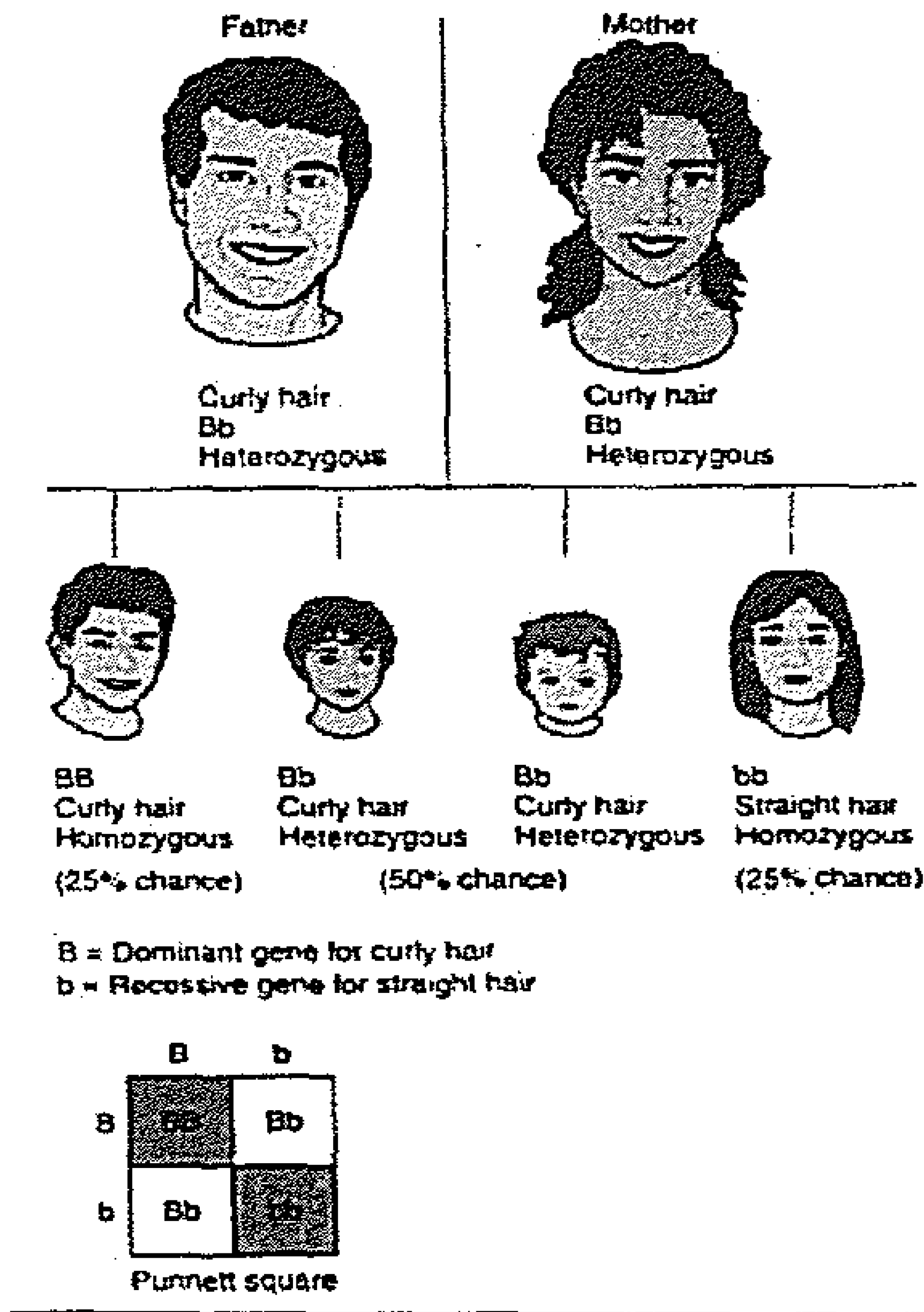
فالنمو لا يتوقف كظاهرة كلية حتى ولو طرأ توقف في بعض جوانبه عن مرحلة أو سن معين. فقد تتوقف الزيادة في الطول او الوزن او في الحجم. لكن التطور النوعي يظل مستمرا طول العمر. وفق معدل منتظم بطيء نسبيا أكثر مما يتم وفقا لمعدل سريع. كما يستمر نمو الخصائص الجسمية والعقلية بالتدريج حتى تصل هذه الخصائص إلى أقصى نمو لها. ونحن نستخدم مصطلحات معينة لمراحل النمو المتتابعة لنؤكد حقيقة مؤداها بأن ثمة نمطا خاصا للنمو قد حدث في الفترة بعينها.

فالكم والكيف في النمو مظهران لا يمكن فصلهما. خذ على سبيل المثال ان الطفل كما ينمو في أعضاء جسمه ينمو في الوظائف التي تقوم بها هذه الأعضاء. مثال ذلك: ان الجهاز الهضمي للطفل يتحول من تمثل السوائل إلى هضم الطعام الجامد وتحويله إلى عصارة يتمثلها تعود بالفائدة على الطفل. وتآزر أعضاء الحس والحركة باطراد النمو. ونضج الإدراك والقدرة على الاستدلال العقلي

إن مظاهر النمو الإنساني مرتبطة كلها بعضها ببعض ارتباطا وثيقا. مما يعني ان معظم السمات تترابط في النمو. على أساس من التكامل بين جوانب النمو المختلفة: الجسمية، والعقلية، والمعرفية، والانفعالية، والعاطفية، والاجتماعية... الخ. وما بين هذه الجوانب من ارتباطات وتأثيرات متبادلة.

واذا كان معدل النمو ثابت الى حد كبير لكل طفل. فانه يمكن التنبؤ بالمدى الذي يحتمل فيه النمو الناضج للطفل. ومعرفة ما سيكون عليه أقصى مستوى للنمو. ويعتبر معرفة ما سيكون عليه أقصى مستوى للنمو العقلي ذو قيمة بالغة الاهمية في تخطيط تعليمه وفي مساعدته على التدريب على نمط العمل الذي يمكن ان يحقق فيه أقصى مستوى من الكفاءة والنجاح والانجاز.

(2 – 1) العوامل المؤثرة في النمو:



تشتمل عملية النمو على شيئين اثنين هما: الزيادة والتغير. فعندما ينمو الكائن يزداد حجما وبنفس الوقت يتغير من حال الى حال أو تتغير وظيفته (Lerner & Hultsch, 2003). وكلما نما الإنسان تصبح عضلاته وعظامه وشحمه أثقل وزنا ولكنها تحتفظ بشكلها الأساسي خلال فترة الحياة. وبنفس الوقت الذي تزداد فيه الخلايا عددا عند الفرد تتغير الوظائف التي يستطيع القيام بها وتتنوع إذ يصبح مع الزمن قادرا على الحبو والزحف والوقوف والمشي والجري.

وفي عملية النمو تتكامل التغيرات الفيزيولوجية والجسدية مع التغيرات السيكولوجية لتحسين قدرة الفرد في السيطرة على بيئته التي يعيش فيها (Biehler & Hudson, 2006):

1) العوامل الفزيولوجية المؤثرة في النمو:

تمثل آليات التزاوج أساس الوراثة المستقبلة. حيث يحدث الحمل نتيجة التقاء واتحاد خليتي جنسي متخصصتين عندما تخترق خلية منوية Sperm cell البويضة Olive – egg cell الأنثوية. وباتحاد الخليتين تنشأ الخلية الملقحة أو المخصبة Zygote – Fertilized cell (Papalia & Olds, 2006) وهي تحتوي على المادة التكوينية اللازمة لنمو التركيب العضوي. أي انها تتكون من نواة يحيط بها السيتوبلازم داخل الأغشية الخارجية. وفي داخل النواة توجد مقدرات الوراثة Genes التي تمثل تنظيمات من مواد كيماوية مركبة على الخيوط النووية التي تسمى بالصبغيات أو الكروموسومات.

فالجينات مكونات أو مقدرات الوراثة المسؤولة عن توريث لون العين او الشعر، نسيج الشعر، شكل الانف، طول القامة، لون الجلد. كما انها تنقل السمات الوراثية لوجود ما يتراوح بين العشر الى المئات في الكروموسوم الواحد. وتغير فاعلية الجينات في السيتوبلازم شكل وخصائص

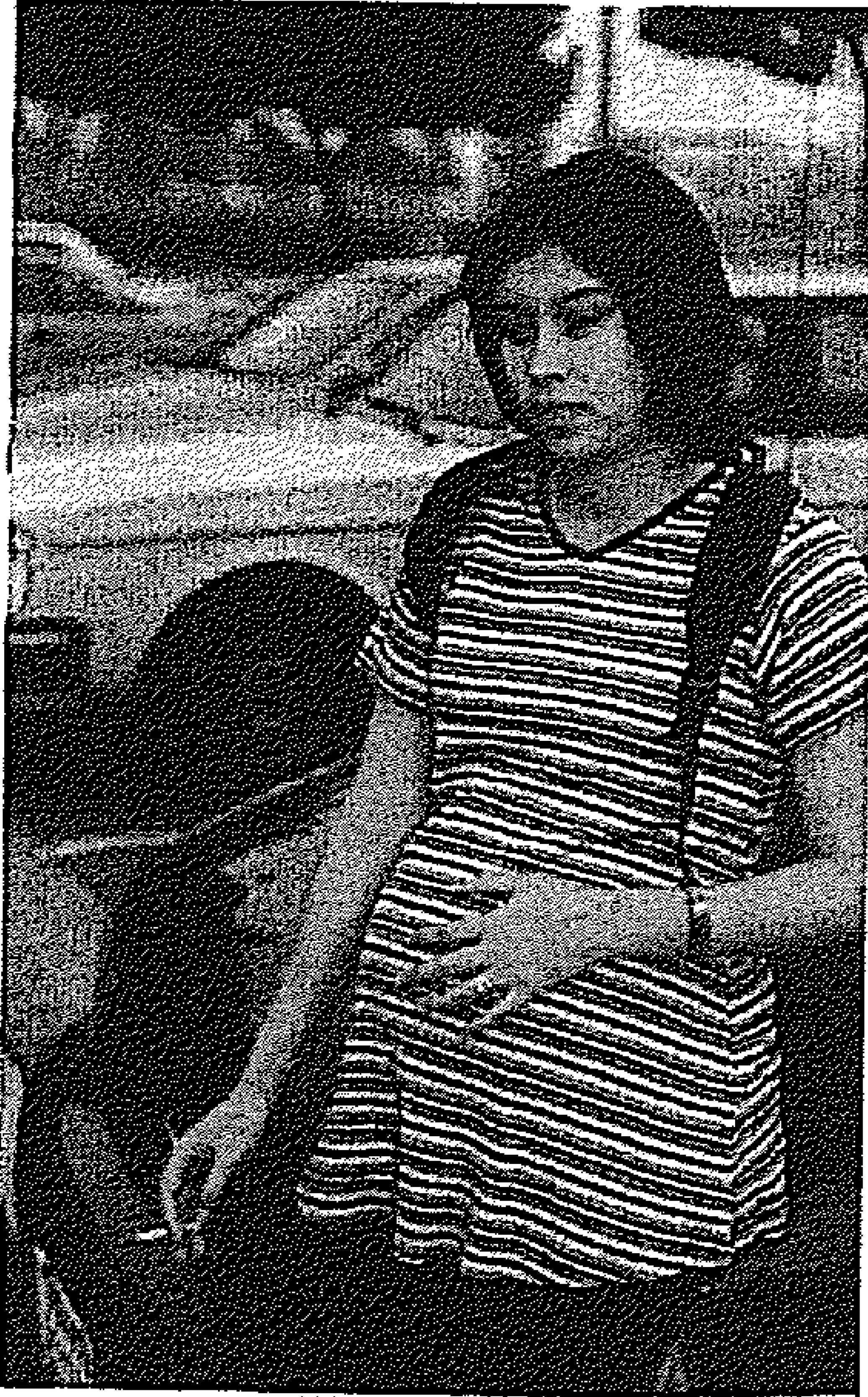
الخلايا. فيتفاعل الجينات مع ظروف البيئة الداخلية تغير الخلايا شكلها الاصلي ليتكون الكثير من آليات الاستجابة (عضلات، عظام، أعصاب... الخ) عن طريق الانقسام الخلوي. وكل خلية بارتباطها مع غيرها تحدث ما لا حصر له من الخصائص. (Berk, 2007)

والكرموسومات حاملات هذه المورثات (الجينات) داخل نواة الخلية. حيث تحمل الخلية الانسانية 23 زوجا من الكروموسومات. لاحظ هنا انه مهما انقسمت الخلية من اجل تكوين خلية جديدة فان عدد الكرموسوات يظل ثابتا. (Papalia & Olds, 2006,)

ولجهاز الغدد أهمية كبيرة في تنظيم النمو ووظائف الجسم، وتؤثر في السلوك بشكل واضح، كما ترتبط وظائفها ارتباطا وثيقا بوظائف أجهزة الجسم المختلفة خاصة الجهاز العصبي. وتلعب الغدد الصماء دورا هاما في وظائف الأعضاء وتؤثر بذلك في السلوك والشخصية. إنها تؤثر بشكل واضح في النشاط العام للفرد، وفي سرعة و شدة السلوك الانفعالي، وفي كمية و نوع واستمرار السلوك الذييختاره الفرد.

2) العوامل البيئية المؤثرة في النمو:

تشير الدراسات الارتباطية الحديثة الى أن لعمر الأم دورا مباشرا في نمو الطفل. وأن أفضل عمر للخصوب هو ما كان بين 20 24 سنة من عمر الام. اما الأمهات الأصغر أو الأكبر فقد يحدث خللا أو اضطرابا في نمو الجنين مما يؤدي الى عدد من المشكلات التي تتسبب في وفيات الاطفال او اضطراباتهم.



كما ان نوع الغذاء الذي تتناوله الأم الحامل أثناء فترة الحمل. وخاصة المراحل الأولى منه. يؤثر بشكل فاعل على الجنين. واذا ما كانت الأم الحامل تتناول نوعا واحدا من الأطعمة ولا تحب غيره. وكان هذا الغذاء يفتقر الى كثير من العناصر الهامة للنمو. (مثل نمو العظام) فان عظام الطفل تنمو بشكل غير سليم. ونقص التغذية الشديد للام الحامل قد يصيب الجنين بإضرار شديدة. فنقص اليود في غذاء الام يؤدي إلى التخلف العقلي من نوع الكريتينزم والإصابة بالفيروسات المعدية وخاصة الحصبة الألمانية في الثلاثة الأشهر الأولى قد يؤدي إلى الصمم واصابة العين بالمياه البيضاء والتخلف العقلي. والإصابة بالتوكسوبلازموزس قبل الميلاد تؤدي الى التخلف العقلي والاضطرابات العصبية. (حسان، 1998)

واصابة الأم الحامل بأحد الأمراض المعدية مثل الحصبة الالمانية Rubella خاصة في الشهور الاولى من الحمل. ينتقل من الام الحامل الى الجنين مما قد يسبب له امراضا او تشوهات مثل الصمم او العمى أو البكم أو أمراض القلب او ضمور المخ Microcephaliak. كما قد يعاني من تأخر في نموه الجسمي والعقلي. هذا، وقد أمكن للعلماء اخضاع الحصبة الألمانية للتطعيم حيث ينصح بتطعيم الاطفال الاناث بشكل خاص بمصل الحصبة الالمانية. لتفادي الاصابة بهذه الامراض. كما أن الزهري الولادي يؤدي إلى إصابته بتشوهات ولادية وتخلف عقلي. واضطرابات التمثيل الغذائي أو عملية الهدم والبناء عند الام الحامل. حيث امكن التعرف حتى الان على حوالي 90 – 120 نوعا من الامراض التي تصيب الجنين نتيجة لذلك.

وتعاطي بعض المواد الكيميائية أثناء شهور الحمل الأولي او تعاطي جرعات كبيرة من الأنسولين مما يؤدي إلى نقص شديد في السكر. قد يؤدي إلى إصابة الجنين وتخلفه العقلي.

ويعتبر تعرض الأم الحامل لأشعة X وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل من العوامل الرئيسية للإصابة بالإعاقة العقلية. حيث تؤدي هذه الأشعة إلى تلف الخلايا الدفاعية للجنين بطريقة ما أو بأخرى. كما أن تعرض الأم الحامل لمصادر الإشعاع يؤدي إلى إصابة الجنين بالإعاقة العقلية. أو بأمراض أخرى كأمراض اللوكيميا أو السرطان أو صغر حجم الدماغ والتي يصاحبها في العادة الإعاقة العقلية.

وتلوث الهواء والماء من العوامل التي يمكن أن تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين. فتعرض الأم الحامل لهذه العوامل وخاصة في البيئات التي تزداد فيها نسب التلوث في الماء والهواء بالغازات والمواد العادمة ونتاج المصانع الغازية السامة يؤدي بطريقة ما إلى خلل في الجهاز العصبي المركزي للجنين وبالتالي الى مشكلات قد تبدو على شكل إعاقة عقلية أو بطرية أو حتى وفاة.

ويعتبر اختلاف العامل الرايزسي بين الأم والجنين أحد العوامل الهامة والمسببة لحالات الإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة والتشوهات الولادية. ويعرف العامل الرايزسي على انه انتيجين موجود في الدم " وسمي بهذا الاسم نسبة إلى نوع من القردة توجد في جبل طارق اكتشفت فيها هذا العامل" وتشير الدراسات والبحوث المخبرية في هذا المجال إلى ان 85 ٪ من بني البشر يوجد لديهم هذا العامل بصفة سائدة بينما يوجد 15 ٪ فقط من البشر من يحملون الصفة السالبة له. (Owens, 2006) .

وتؤدي الولادة العسرة إلى الاختناق واصابة المخ أثناء الميلاد. قد تؤدي إلى الإعاقةالعقلية. كما قد تؤدي إلى الصرع. والميلاد قبل النمو وخاصة الأطفال الذين يقل وزنهم عن 2500 غرام يكون سببا للتخلف العقلي. ونقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة. قد تؤدي

إلى موت الجنين أو إصابته بإحدى الإعاقات ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة القشرة الدماغية للجنين. وهناك أسباب عديدة تكمن وراء نقص الأوكسجين أثناء الولادة كحالات التسمم أو انفصال المشيمة، أو طول عملية الولادة أو عسرها، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط الولادة. والصدمات الجسدية التي قد تصيب الجنين أثناء عملية الولادة بسبب طول عملية الولادة أو بسبب استخدام الأدوات الخاصة بالولادة، أو استخدام طريقة الولادة القيصرية.

وتعتبر إصابة الجنين بالالتهابات خاصة التهاب السحايا من العوامل الرئيسية في تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي مما قد يؤدي إلى وفاة الجنين قبل ولادته او إصابته بالإعاقة إذا بقي حيا.

ان الإصابة الشديدة للرأس تؤدي إلى الشلل وقد تؤدي إلى الإعاقةالعقلية وأيضا إلى الصرع. وتعتبر الالتهابات المخية والسحائية من اكثر العوامل التي تؤثر بعد الميلاد في إحداث الإعاقة العقلية. كما أن تأثير فيروسات مرض الغدة النكفية والحصبة والسعال الديكي على الجهاز العصبي المركزي، قد يؤدي إلى الإعاقة العقلية. وحالات التسمم ونقص الفيتامين في الطفولة إذا استمر لفترة طويلة قد يؤدي إلى تغيرات لا شفاء منها في القشرة المخية مع درجات مختلفة من الإعاقة العقلية. وسوء التغذية التي تمت الإشارة إليها في وقت سابق. والحوادث والصدمات التي تؤثر بشكل مباشر على الخلايا الدماغية سببا رئيسا من أسباب الإصابة بالإعاقة العقلية. والأمراض والالتهابات التي كثيرا ما يتعرض الطفل لها خاصة في السنوات الأولى من عمره. والعقاقير والأدوية التي يتناولها في أثناء مرضه قد تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي وبالتالي إلى الإعاقة العقلية

كما يمكن تفسير الاختلافات بين سلوك الأطفال أثناء عمليات النمو كنتيجة لخبرات التعلم التي يتعرض لها مثل هؤلاء الأطفال في بيئاتهم المختلفة. (الطواب، 1995) فعملية التعلم، عملية أساسية وهامة في حياة الطفل منذ اللحظة الأولى من حياته. ونتيجة لاستجابات البيئة المحيطة به. يتعلم كثيرا من انواع السلوك سواء المرغوبة منها أو غير المرغوبة.

وهناك مجموعة من الاضطرابات قد تؤثر على القدرة على التعلم. وتتضمن هذه المجموعة اضطراب الإبصار والسمع أو العجز الحركي والاضطرابات الانفعالية والصرع.

وثمة سؤال يطرح نفسه! ما هو الأكثر أهمية للطفل؟ الوراثة أم البيئة؟

فقد انشغل علماء النفس في كيفية الاجابة عن هذا السؤال. فبينما أشار جنسن Jensen الى ان اثر الوراثة يفوق في الاهمية كثيرا العوامل الأخرى. في تفسير ظاهرة الاختلاف في القدرات العقلية. وان الثابت (كما يقول العلماء) بان التغيرات التي تحدث في دم الأم خلال فترة الحمل سواء كان سببها التغذية أو اصابة الأم بمرض السكر أو نحو ذلك. تؤثر على الجنين

Fetus. فالأم المريضة بمرض البول السكري Diabetic mother أو المريضة بارتفاع ضغط الدم. Blood pressure يمكن ان تتسبب في موت الجنين قبل ان يرى النور.

ولقد أجرى الباحثون تجارب عديدة حول أثر الحالات الانفعالية للأم على الجنين. ولكن لا يوجد حتى الآن دليل كاف على أن هذه الحالات الانفعالية للأم تورث. وان كانت التجارب التي أجريت على الحالة الانفعالية عند الارانب الحوامل لبيان أثرها على السلالة الجديدة قد أفادت بأن الأمهات اللواتي يتصفن بالقلق. ينتجن سلالات يتصف سلوكها بالقلق في الأماكن العامة. Open fields' وعند حدوث تناسل بين أبوين يتصفان بالقلق من هذه الارانب. فان القلق يبدو واضحا أكثر في السلالة الجديدة.

وان البيئة الجغرافية المتمثلة بالظروف المادية المحيطة بالفرد من عوامل جغرافية ومكانية. كالطقس والمناخ، والموارد والامكانات المادية تؤثر على نمو الفرد. فأطفال السواحل والريف ينمون بسرعة أكبر من أطفال المدن المزدحمة بالسكان المعرضة لتلوث البيئة. ولأشعة الشمس تأثيرها في سرعة النمو. خاصة الاشعة فوق البنفسجية.

وتلعب البيئة الجغرافية دورا بارزا في تحديد خصائص النشاط السكاني وما له من تأثير في خصائص الفرد. حيث تختلف السمات التي يتميز بها سكان المدن عن سمات سكان الصحاري، وسكان الجبال. وأوضحت الدراسات الحديثة الى ان البلوغ يحدث مبكرا في البلاد المتخصصة. ويتأخر قليلا في البلاد المرتفعة. ويتميز سكان المناطق الجبلية بخصائص في تكوين شخصياتهم عن سكان السهول و الصحاري.

وظروف العصر الذي يعيش فيه الفرد، ومستوى التطور الذي أحرزه المجتمع في المستوى الحضاري بانتاجه، وأدواته، ورموزه في سياق العملية التاريخية. يمثل بالضرورة مكونات الشخصية الانسانية. وعامل بارز من عوامل النمو الانساني (عبد المعطي، وقناوي، 2007) .

وتمثل الثقافة محصلة التفاعل القائم بين الفرد ومجتمعه وبيئته. كما تعد ثمرة علاقة الفرد بالفرد. وبالزمن، والمكان، وبالكون، وكل ما يتعلمه الفرد، أو يكتسبه اجتماعيا من عادات ومهارات، واتجاهات، وقيم، وما تخلف لنا من معارف عقلية، أو أشياء، أو طرز مادية، والثقافة بذلك، تخلف لنا نتاج المجتمع وافراده. فالثقافة والمجتمع ظاهرتان مرتبطتان متماسكتان أشد التماسك. ولكل ثقافة مجتمعها البشري الذي تميزه عن غيره من المجتمعات.

وللبيئة الاجتماعية أثرها القوي في نمو الطفل. حيث ترتبط البيئة الاجتماعية بكل من النمو الاجتماعيس للطفل. وأثر الاسرة والاخوة والثقافة القائمة على سرعة النمو.

فللأسرة وظيفة بيولوجية تربطها بالطفل. حيث تبدأ حياة الطفل بعلاقات بيولوجية حيوية تربطه بأمه. تقوم في جوهرها على اشباع الحاجات العضوية للطفل. كالطعام والنوم والدفء ثم تتطور هذه العلاقات الى علاقات نفسية قوية وثقى.

وللأسرة وظيفة اجتماعية ونفسية هامة. حيث يوجد في المجتمع الواحد فروق في التنشئة الاجتماعية بين طبقة وطبقة وبين أسرة وأسرة والطبقة الاجتماعية الدنيا أكثر تسامحا في عملية التنشئة الاجتماعية. ونظام التغذية الذي تتبعه الأم مع الطفل في مرحلة الرضاعة يؤثر في حركة ونشاط الطفل. وأسلوب ضبط عملية الإخراج في الطفولة يرتبط في الطفولة بالبخل والحرص والترتيب والنظام في الكبر ويجب اعتدال الوالدين في التدريب على الإخراج. وكلما كانت عملية التنشئة الاجتماعية للطفل سليمة كلما قل نبذ الوالدين له. وكلما كانت اتجاهاتهم متعاطفة. وكلما قل الإحباط في المنزل قل الدافع إلى العدوان عند الطفل وللتنشئة الاجتماعية أثر في الميل الى العدوان وضبطه عند الأفراد. والحماية الزائدة من جانب الوالدين لأطفالهم والتزمت والتشدد في نظام الرضاعة والفطام تؤدي الى الاعتماد على الغير والاتكالية. وتربية الأطفال في المؤسسات تجعلهم أكثر ميلا إلى البلادة وأكثر عزوفا عن التفاعل الاجتماعي وأكثر اتكالية وأكثر حاجة إلى انتباه الآخرين ومودتهم. والمستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط والأعلى والاستقرار الاقتصادي أفضل بالنسبة للصحة النفسية للطفل.

وللعلاقة بين الوالدين أثر قوي على الطفل: فالسعادة الزوجية تؤدي الى تماسك الأسرة بما يخلق مناخا يساعد على نمو الطفل الى شخصية متكاملة ومتزنة. والوفاق والعلاقات السوية بين الوالدين تؤدي إلى إشباع حاجة الطفل الى الأمن النفسي والى توافقه النفسي. والاتجاهات الانفعالية السوية واتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزواجية ونحو الوالدية تؤدي إلى استقرار الأسرة والصحة النفسية لكافة أفرادها. والتعاسة الزواجية تؤدي إلى تفكك الأسرة بما يخلق مناخا يؤدي الى نمو الطفل نمو نفسيا غير سوي. والخلافات بين الوالدين تعكر صفاء جو الأسرة مما يؤدي إلى أنماط من السلوك المضطرب لدى الطفل كالغيرة والانانية والشجار وعدم الاتزان الانفعالي. والمشكلات النفسية للزوجين والسلوك الشاذ الذي قد يقومان به يهدد استقرار المناخ الأسري والصحة النفسية لكافة أفرادها.

وعلاقة الطفل بوالديه أثر واضح على صحته النفسية:فالعلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل في أن ينمو إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم. والعلاقات السيئة والاتجاهات السالبة والظروف غير المناسبة تؤثر تأثيرا سيئا على النمو النفسي وعلى الصحة النفسية للطفل.

(2 – 2) نظريات تفسير النمو:

1) نظريات النضج والنمو العضوي النفسي:

تحدث جيزل عن النضج وقال بأن كلمة نضج Maturation تطلق على عمليات النمو التي تتمخض عن تغيرات منتظمة في سلوك الفرد. والتي تكون مستقلة استقلالا نسبيا عن أي تدريب أو خبرة سابقة (المليجي، 1993) . مما يشير إلى وجود أنماط سلوكية تحدث نتيجة عملية نمو داخلية لا علاقة لها بالتدريب. أو أي عامل آخر خارجي.

وشدد سيرز على تأثير الوالدين على نمو شخصية الطفل – فطريقة التربية التي يتبعانها هي التي تحدد طبيعة نمو الطفل. وبالتالي، فان اختلافات الشخصية بين الأفراد ترجع بدرجة كبيرة إلى الاختلافات بين الوالدين في تناولهم مختلف أشكال المعلومات حول وسائل تربية الطفل.

وركزت نظرية التحليل النفسي على المجالات اللاشعورية من الشخصية. والصراعات النفسية المؤلمة. وتلعب الحوافز الجنسية دورا هاما في صياغات فرويد. واستخدم وصف: جنس Sexual لكل الأحداث والأفكار السارة. واستخدم كلمة حافز Drive للحوافز الأساسية للفرد وتضمين العدوان بينها. (Cicchetti & Toth, 2003)

وقدم ادوارد ولسون نظريته حول التطور الارتقائي الثقافي Culture evolution للسلوكيات لاجتماعية. ارتكزت على تطور الانواع من أصولها الى شكلها الحالي Phylogeny أكثر من تركيزها على تطور الفرد Ontogeny فالتطور او التغير يحدث عبر الاجيال بدلا من كونه يحدث ابان حياة الفرد الواحد.

2) نظريات النمو النفسي الاجتماعي:

تستمد نظريات النمو النفسي الاجتماعي جذورها من التحليل النفسي. وترتبط باتجاهات أخرى هامة كالاتجاه الأنثروبولوجي والاجتماعي. كما تستند إلى حقيقة ان الشخصية في نموها تتبع المبادئ البيولوجية. بمعنى ان لكل جزء وقته الخاص. فإذا لم ينهض في وقته المحدد. فلن تتاح له الفرصة لأن يتكون تكونا كاملا. ويؤثر الجزء الذي يفوت عليه وقت النمو أو الذي يتعرض للتلف خلال فترة نموه في الكل الذي يتكون من أعضاء يعتمد بعضها على بعض. ان السرعة والتتابع السوي ضروريان من اجل قيام الكائن الإنساني بوظائفه بشكل متسق. (ملحم، 2013) .

وقد أشار اريك اريكسون Erik H. Erikson (Broadzinsky, et al. , 2006). في نظريته إلى ان النمو عملية مستمرة كل مرحلة منها جزء متساو من الاستمرارية. وأن كل

مرحلة تجد سوابقها في المراحل السابقة. وتجد حلها النهائي في المراحل التالية لها. وفي كل مرحلة متتابعة إمكانية حلول جديدة لمسائل سابقة. وأن الفرد ينمو إلى مرحلة تالية بمجرد ان يكون مستعدا بيولوجيا ونفسي واجتماعيا لذلك. (Erickson & Erickson. ; 1981)

3) **نظريات النمو المعرفي:**

أشار علماء النفس الى ان الوليد يملك الخبرة الحسية والعمليات الادراكية اللازمة لاكتساب المعرفة ببيئته. ولكن يبدو ان الحواس البصرية والسمعية واللمسية والشمية والتذوقية تعمل بدرجات متفاوتة في الطفولة المبكرة وتزداد حدة مع تقدم السن والخبرة. ومن اجل ذلك يناقش علماء النفسكيف يقوم الطفل بتطوير هذه التكوينات وكيف تؤثر هذه التغيرات النمائية في المعرفة والعمليات المعرفية. وكيف تؤثر على الأداء في عدد من الواجبات المختلفة.

من بين العديد من أصحاب النظريات المعرفية سوف نتحدث عن أعمال جيروم برونر وهانز وارنر وجان بياجيه. والذين جمعت بينهم افتراضات أساسية حول اكتساب المعرفة لدى الفرد (Mason & Gibbs, 2003):



- يتضمن اكتساب المعرفة وجود متعلم نشط يعمل مع وجود استجابة للبيئة وتنتج المعرفة من تفاعل متطلبات البيئة مع قدرات المتعلم.
- يطرد النمو من استجابات منعكسة بدائية. غالبا ما تكون مرتبطة بمثير الى مستويات متزايدة من التمثيل والتجريد.
- يحدث النمو بطريقة مرحلية هرمية. تسيطر فيها المرحلة العليا التالية على المراحل السابقة لها. ولكنها في نفس الوقت تعتمد على هذه المراحل.
- للسلوك بعض السوابق البيولوجية التي لا يمكن تحقيقها دون اثارة بيئة مناسبة.

4) **نظريات النمو اللغوي:**

قدم واطسون Watson نظريته السلوكية منذ العام 1924 والتي عرفت آنذاك بنظرية التعلم. اعتبر فيه ان التفكير بمثابة كلام الفرد إلى نفسه. أو هو الكلام ناقص الحركة. وحاول تفسير السلوك اللفظي في ضوء تشكيل العادات. وتدخل المعززات المختلفة بين المثيرات

والاستجابات لإحداث التشريط. وبناء على ذلك. فان اللغة تمثل استجابات يصدرها الكائن ردا على مثيرات تأخذ شكل السلوك الخاضع للملاحظة المباشرة.

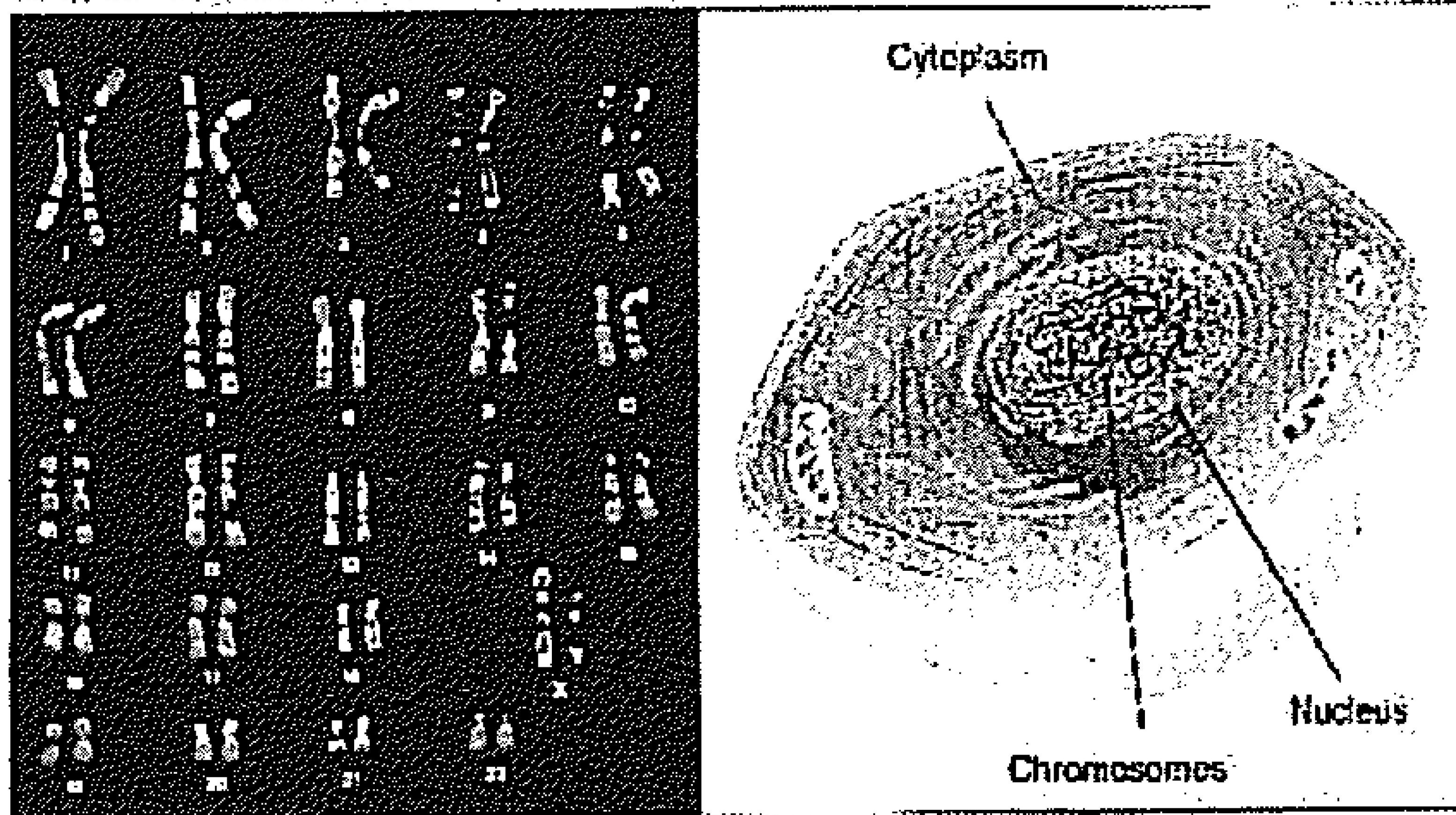
وقدم بافلوف مبادئه في التعلم الشرطي موضحا ان الاستجابات اللفظية عندما تدعم (تعزز) تميل الى التكرار شأنها شأن بقية الاستجابات.

ويعد سكينر Skinner أبو النظرية الاشتراطية الإجرائية الذي استخدمها في تفسيره لاكتساب اللغة. واعتبر اللغة فصل من فصول التعلم. وان كافة أنماط التعلم بما فيها اللغة تخضع للتغير الذي يضعه التعلم الإجرائي من الاستجابات الإجرائية التي يليها تعزيز تستمر. أما تلك التي لا يليها تعزيز تتلاشى. وان هذا التعزيز مصدره أولئك الذين يحيطون بالطفل ويأتي على شكل ابتسامات وضحكات وأصوات التشجيع والأحضان. وميز سكينر بين ثلاث طرق يتم فيها تشجيع تكرار استجابات الكلام هي:

- الأولى: قد يستخدم الطفل استجابات ترديدية حيث يحاكي صوتا يقوم به آخرون يظهرون التأييد فورا. وتحتاج هذه الأصوات لأن تتم في حضور شيء قد ترتبط به.
- والثانية: تتمثل في نوع من الطلب حيث تبدأ كصوت عشوائي وتنتهي بارتباط هذا الصوت بمعنى لدى الآخرين.
- والثالثة: تظهر فيها الاستجابة المتقنة. وتتم بإحدى الاستجابات اللفظية عن طريق المحاكاة عادة في حضور الشيء (يوسف، 1990) .

وأكد باندورا (Bandura, 1977) على دور التعلم من خلال الملاحظة Observational learning مفترضا أن الأطفال ترتقي لغتهم بصفة أساسية بتقليد المفردات والتراكيب اللغوية التي يستخدمها الآباء والآخرون في الحياة العادية.

ويرى علماء علم الأعصاب ان الدراسة المباشرة للدماغ تمثل الطريق الوحيد لفهم اسباب السلوك. رافضين بذلك وجهة النظر السلوكية التي ترى ان السلوك هو نتاج عوامل بيئية خارجية فقط. مشيرين الى ان الدماغ ليس حاسوبا. بل هو جهاز ذاتي التنظيم. وأن الدماغ يتغير عبر دورة حياة الانسان تبعا لما يتعرض له من جهود وتركيزات عقلية. وكلما شغلنا الدماغ اكثر كلما غيرنا في تركيبه اكثر وكلما طورنا انماطا من

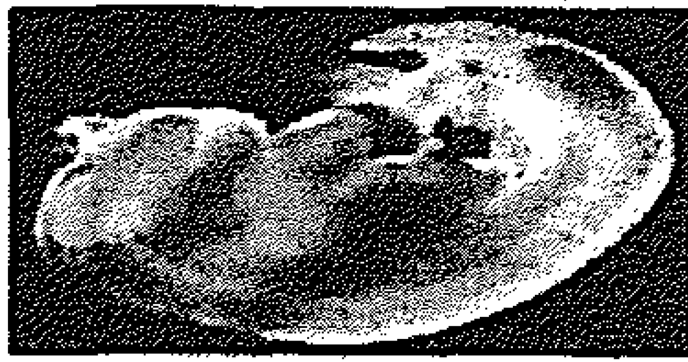


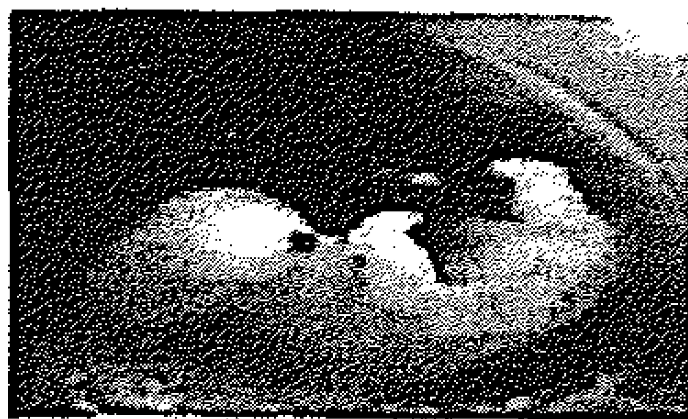
الترابطات وسهلنا تكرارها. وان السنوات الثلاثة الاولى من عمر الطفل تعتبر حاسمة في تطور دماغه وان سرعة توليد خلايا الدماغ في مرحلة المضغة تصل في حدود 250000 خلية في الدقيقة. وان التعلم يتم عبر شبكة من الوصلات بين الخلايا العصبية. فالخلية الواحدة بامكانها أن تشكل شبكة تضم (15000) خلية أخرى. في الفترة ما بين الميلاد والشهر الثامن من العمر ويتزايد عدد هذه الشبكات من خمسين تريليون الى (1000) تريليون مما يقدم مؤشرا على قدرة الدماغ الانساني على التكيف مع اي بيئة يوضع فيها.

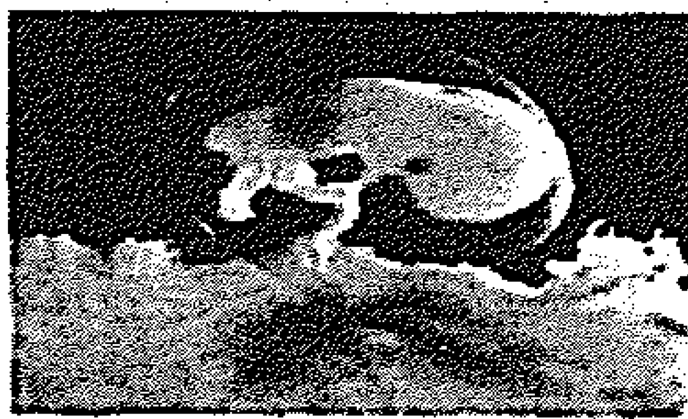
ويعتبر كل من تشومسكي Chomsky، ولينبرج Lennberg. من مؤسسي النظرية التوليدية والتحويلية التي تعتبر من اكثر النظريات الألسنية انتشارا في الوقت الحاضر. والتي ترجع النمو اللغوي إلى العوامل العقلية الفطرية. حيث ركز أصحاب هذه النظرية على التركيب الداخلي للغة. وعلى الأنماط العامة للنمو اللغوي والتشابه الأساسي بين كل اللغات. والعلاقة بين نضج الجهاز العصبي والقدرة اللغوية.

واهتم أتباع النظرية المعرفية بالنمو المعرفي كأساس لجوانب النمو الأخرى. ومنها اللغة (فاللغة نتاج مباشر للنمو المعرفي) ويرون ان مراحل النمو حلقات مختلفة تقوم على عدم الاستمرارية فلكل طبيعتها. وكذلك يعتقدون بأن النمو حصيلة التفاعل بين الفرد والبيئة. ومن بين الذي اسهموا في تفسير وجهة النظر المعرفية للنمو اللغوي:

وكان بياجيه من ابرز الباحثين الذين ربطوا نمو اللغة بالنمو المعرفي. مشيرا الى أن النمو بجميع جوانبه يخضع للتفاعل بين الفرد بمكوناته وبين البيئة بعناصرها. فرغم اتفاق الأفراد فيما يتعرضون له من خبرات مادية واجتماعية إلا إن ما يتميز به كل منهم من خصائص وقدرات تجعل ناتج التفاعل من هذه الخبرات متباينا كيفا وكما.


First month


Second month


Third month


Fourth month


Fifth month

وقدم فيجوتسكي Vygotsky رأيا مختلفا عن بياجيه. وقال بأن اللغة والفكر ينشآن على مرحلتين مختلفتين هما:

- المرحلة قبل العقلية Prelinellectual stage: ويطلق عليها أحيانا فكر ما قبل اللغة.
- المرحلة قبل اللغوية Prelinduistic stage: ويطلق عليها أيضا كلام ما قبل العمليات العقلية.

ويرى فيجوتسكي ان التفكير نشاط يعتمد على الكلام الداخلي (التحدث الى النفس) والكلام الخارجي (التحدث مع الآخرين) . وهذا التوحد بين اللغة والفكر يساعد على تفسير سرعة استخدام الأطفال لمفردات جديدة. في وقت يشتد فيه حب الاستطلاع حول الناس والأشياء. (Gormly, 2007)

5) نظريات النمو الخلقي:

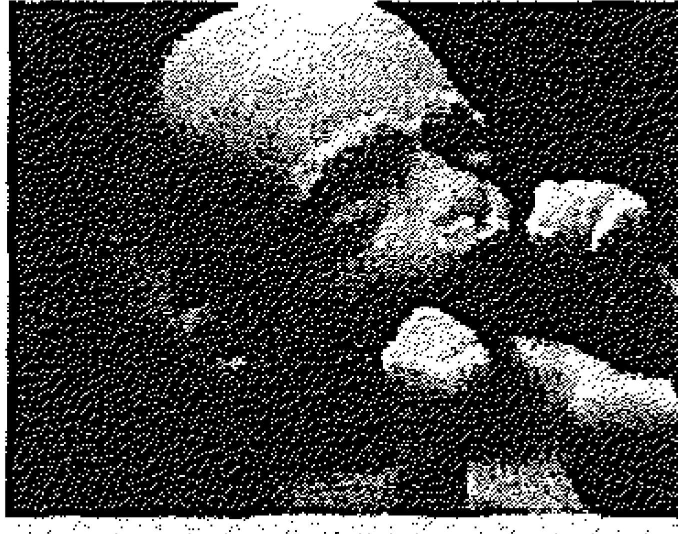
تعتبر نظرية لورنس كولبرج Lawrence Kolberg (1927 – 1987) أحدث نظريات النمو الخلقي ونمو التفكير الخلقي بشكل خاص. كما أنها تعتبر اكثر النظريات ثراء من حيث استثارتها للبحث في التفكير الخلقي. وقد طور كولبرج تصور بياجيه عن نوعي الأخلاقية وقدم تصوره الخاص من ست مراحل لنمو التفكير الخلقي يمكن تصنيفها الى ثلاث مستويات. تبدأ من منظور التمركز حول الذات. ثم المنظور الاجتماعي وأخيرا المنظور الإنساني العالمي. كما سعى الى تقديم استبصار أكبر بأثر القوى الاجتماعية والخبرة على النمو الخلقي. وكان اتجاه كولبرج في فهم استجابات الأفراد للمشكلات الخلقية شأنه شأن بياجيه يعتمد على تحليل الأبنية العقلية وأنماط التفكير الكامنة وراءها.

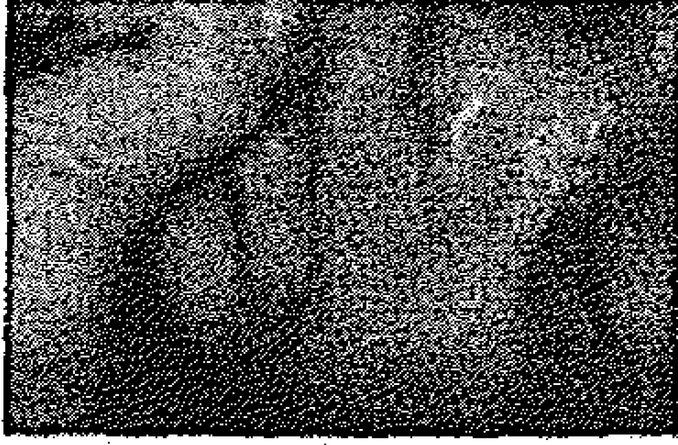
(2 – 3) دورة حياة الإنسان (من الخلق حتى الممات):

1) المرحلة الجنينية:

تبدأ حياة الإنسان عند بداية الحمل حينما يتحد واحد من حوالي 360 مليون حيوان منوي من الأب مع بويضة من الأم مكونين خلية واحدة ملقحة تسمى الزيجوت أو اللاقحة (النطفة) . وتكون البويضة والحيوان المنوي بواسطة خلايا تكاثر تعرف بالخلية الجرثومية. (Hurlock, 1991) . ويمر الجنين بمراحل نمو متتابعةحيث تفرز الأنثى البالغة الصحيحة جسميا من المبيضين في قناة فالوب بويضة تامة النضج كل 28 يوم (كل أربعة أسابيع) على وجه التقريب. فإذا اتصلت بالحيوانات المنوية التي تفرزها خصيتا الرجل أثناء الاتصال الجنسي. ونجح أحد هذه الحيوانات المنويةفي اختراق جدار خلية البويضة القادمة من أحد المبيضين عبر قناة

فالوب في طريقها الى الرحم مدفوعة بحركة الأهداب وتقلص عضلات القناة (خلال ثلاثة أيام من الجماع يحدث الحمل. (Owens, 2006)


Sixth month


Seventh month


Eighth month


Ninth month

وحين تتصل النطفة الأنثوية (البويضة) بالنطف الذكرية (الحيوانات المنوية) وينجح أحدها في اختراق جدار خلية البويضة يحدث الحمل Conception وفي هذه العملية تندمج نواتا الخليتين لتصبحاأول خلية في حياة الإنسان. وهذا يسمى الإخصاب Fertilization وإخصاب البويضة بالحيوان المنوي يحدث عادة في قناة فالوب. وبعد الإخصاب مباشرة تبدأ الخلية الجديدة رحلتها إلى الرحم.

وحين تلتصق العلقة بجدار الرحم تبدأ عملية التغذية وهو ما لم يكن موجودا في الطور السابق. حيث كان تكاثر النطفة الأمشاج. وطوال فترة الأيام الستة الأولى من حياة الجنين عن طريق الانقسام. إلا أن طور العلقة لا يتجاوز قطره أجزاء من الميللمتر. ويمتد طور العلقة لمدة أسبوع. وبنهايته يكون الجنين قد بلغ من العمر 15 يوما تقريبا. وعندما تلتصق العلقة بجدار الرحم في اليوم السابع من الحمل تقريبا يمكن لها الاستمرار في الحياة. بسبب التغذية التي تأتيها من الرحم. وفي هذه الفترة الحرجة من الحمل يتم إفراز هرمون يمنع الأم من إفراز العادة الشهرية ويتوزع على جسم الأم كله ويظهر في البول. وبظهوره تكون علامة إيجابية على الحمل في الاختبارات التي يجريها الأطباء.

يبدأ طور المضغة في الاسبوع الثالث من الاخصاب بعد تعلق الكرة الجرثومية بالرحم حيث تتكون كتل داخلية من الخلايا نتيجة نشاط ما يسمى الشريط الأولى Primitive steak ويؤدي تمايز هذه الطبقات الى ظهورما يسمى الكتل البدنية Semites التي تبدأ بالتكثف حول المحور ثم تنمو بسرعة على جانبيه. وتلامس الشق العصبي Neural groove وتبدأ هذه الكتل في الظهور من أعلى بعد انقضاء ثلاثة أسابيع تقريبا على الحمل. وتظهر منها أولا كتلتان: واحدة على كل جانب. ثم يتوالى ظهورها تباعا.

ومع نهاية الشهر الأول من حياة الجنين تتمايز هذه الكتل إلى ثلاث طبقات هي:

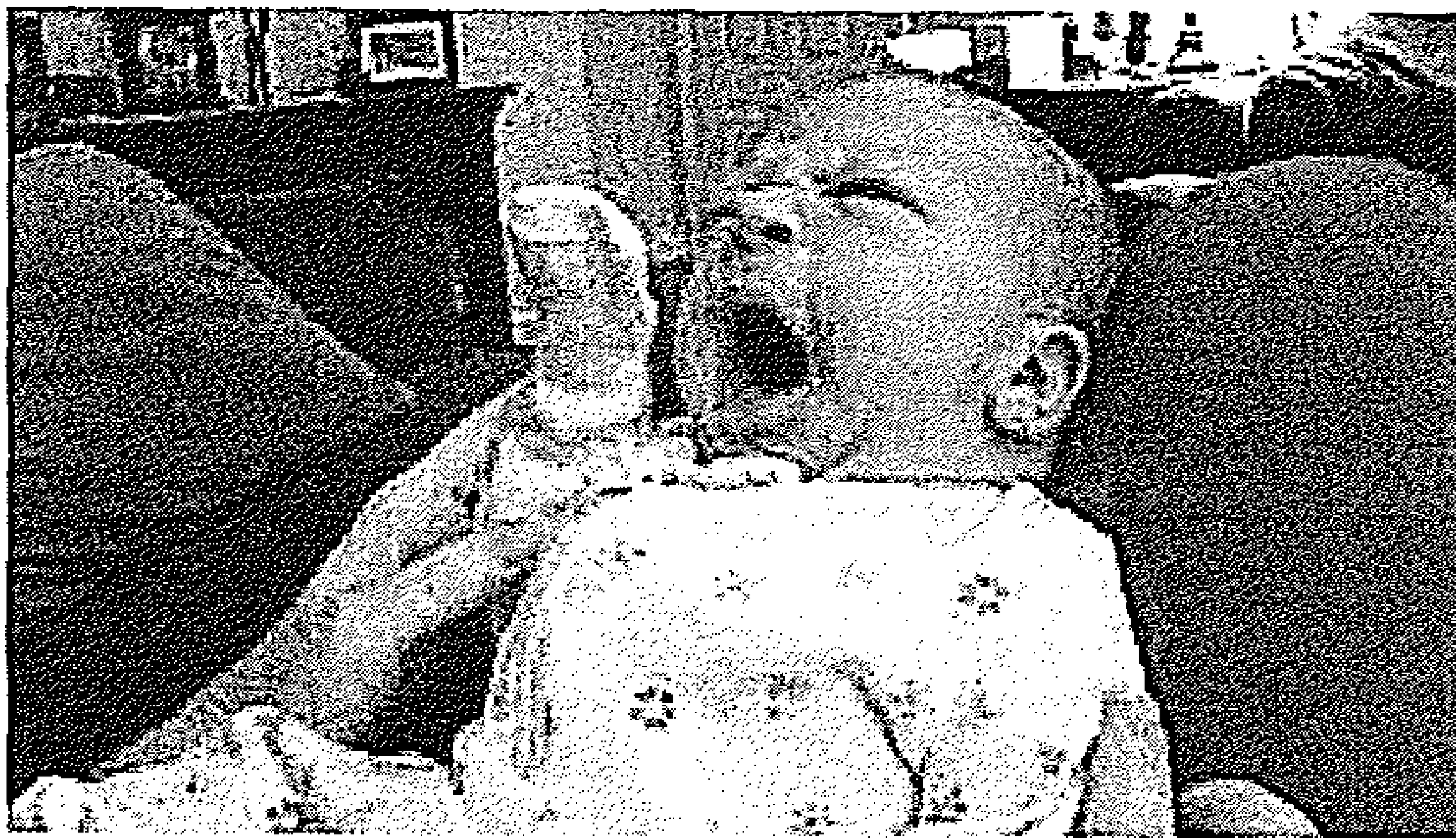
- **الطبقة الخارجية Ectoderm:** والتي منها ينمو بعد ذلك الجلد وأعضاء الحس والجهاز العصبي.
- **الطبقة الداخلية Endoderm:** والتي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الهضمية والتنفسية والغدية.
- **الطبقة المتوسطة Mesoderm:** التي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الدورية والإخراجية والعضلية.

وتستغرق مرحلة تكوين العظام والعظلات (اللحم) ، الاسبوع الخامس والسادس والسابع. فبعد أن تتكون المضغة تتكثف الطبقة المتوسطة التي بجانب المحور على هيئة كتل بدنية. وتنقسم الكتل البدنية في الطبقة المتوسطة إلى قسمين هما:

وبعد أن تكون المضغة قد اكتمل نموها وتحولت الى كتلة منتفخة لها الشكل الإنساني (أي الجنين) بسبب تكون العظام وكسوتها بالعضلات تدخل طورا جديدا في حياة الإنسان هو طور التسوية. ويبدأ طور التسوية في بداية الشهر.

2) **المهد:**

تعتبر الولادة حدثا هاما. نظرا للتأثيرات التي يتعرض لها الوليد في أثنائها. فبعد أن ظل الجنين في بطن أمه تسعة أشهر تكون المرأة الحامل قد تهيأت جسميا ونفسيا لعملية الولادة. فيزداد نشاط الغدة النخامية التي تقوم في هذه الفترة بافراز هرمون أوكسيتوسين Oxytocin الذي يساعد على تقبض عضلات الرحم. ويزداد نشاط وفعل



المبيضين بصفة خاصة. والتي تفرز هي ايضا هرمون الاستروجين مما يعد المرأة لعملية الولادة. ويتميز الوليد بعدد من الخصائص الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية وتظهر الفروق واضحة بينه وبين غيره في هذه الخصائص.

فعندما يخرج الوليد من بطن أمه. فانه يكون كامل التكوين من الناحية الجسمية وأن اجهزته تكون كاملة ومستعدة للعمل. ويكون الجلد مجعدا تغطيه مادة دهنية شمعية لونها

ضارب للحمرة، وتزول تلقائيا بعد عدة ساعات من ولادته. والاطراف: غير متماسكة حيث يميل الذراعان والرجلان الى الانثناء معظم الوقت.

ويلاحظ على الرجلين تقوسهما قليلا. فالعظام: لينة. وعظم الرأس غير ملتحمة ويتم التحامها في السنة الثانية من عمر الوليد. ويلاحظ وجود فجوة يحميها غشاء متين تحت الجلد. والعضلات: ضعيفة لا يسيطر الوليد على حركتها وتتعب بسرعة. والشعر: ناعم ويغطي اجزاء الجسم. كما تختلف نسب الجسم عن نسب جسم البالغ. فحجم الرأس كبير بالنسبة للجسم وحجم العينين نصف حجمها عند البالغ. (Berk, 2007)

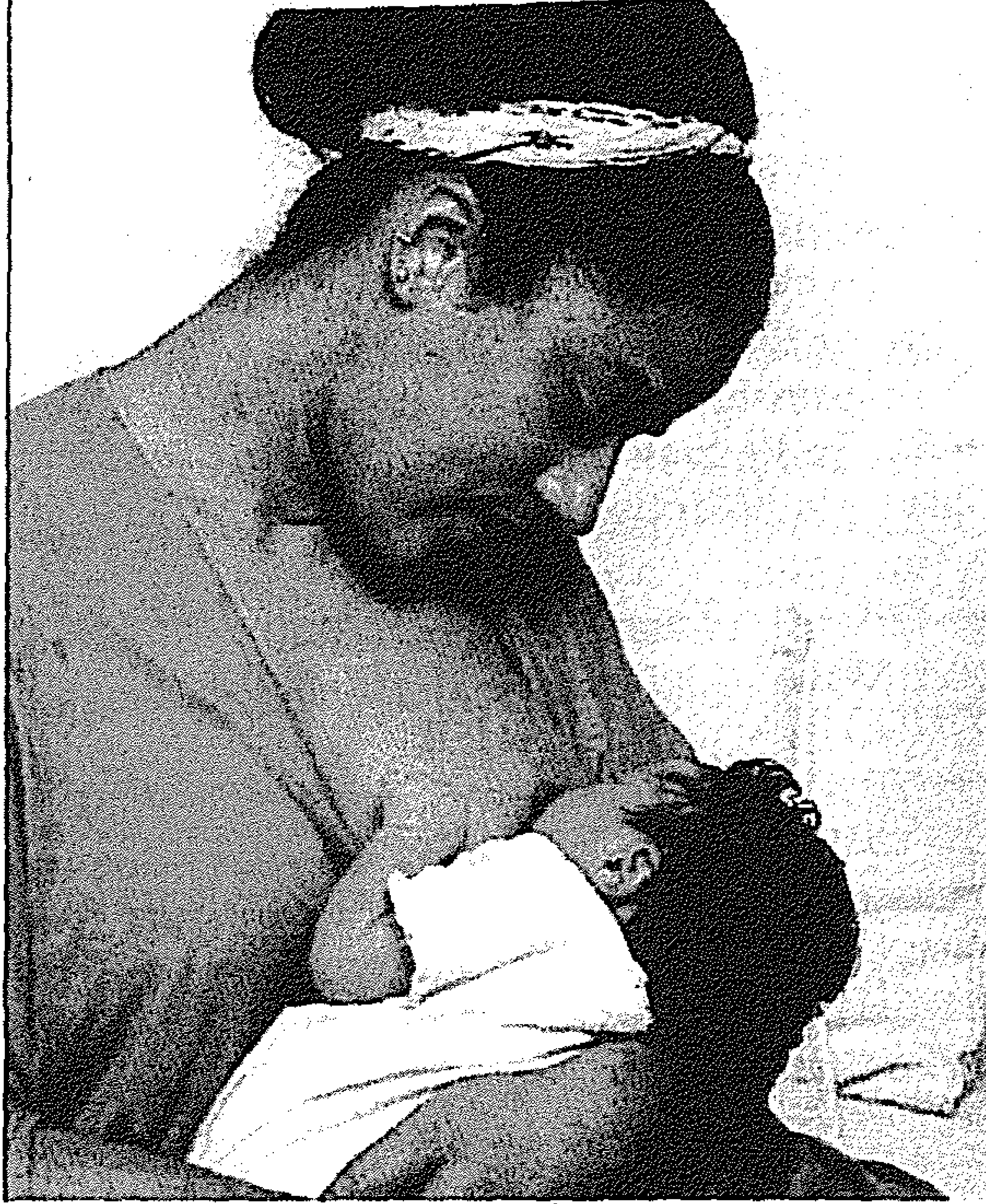
يتركز سلوك الوليد في هذه المرحلة على المص والبلع والهضم والاخراج والنوم. وهي متصلة جميعها بالووظائف الفيزيولوجية للوليد. ويولد الطفل وقد اكتملت خلايا الجهاز العصبي ووصلاته العصبية. الا ان وظائف الجهاز العصبي لا تكون كاملة عند الميلاد. ويكون وزن المخ في هذه المرحلة حوالي 25٪ من وزنه عند الراشد. وهو يمتلك عددا من الحاجات الفيزيولوجية التي لا بد من اشباعها كي يحتفظ المولود بحياته وهي: حاجته الى كل من: الاكسجين، وتنظيم حرارة الجسم، والنوم، والغذاء، والاخراج.

وفي هذه المرحلة من العمر يقضي الوليد معظم يومه مستلقيا على ظهره. وهو عاجز تماما عن الجلوس او الانتقال من مكان لآخر. ويتميز سلوكهبحركات عشوائية تلقائية متنوعةسريعة غير منتظمة وغير متمايزة. وتستثار تحت اي مثير. خاصة ما يتعلق منها بالمهيجات العضوية. ويرجع العلماء سبب ذلك الى عدم نضج جهازه العصبي. ومعظم استجاباته الحركية تحدث على شكل افعال منعكسة. مثل انعكاس المص والبلع ودفع الاشياء من الفم. والعطس. وقفل الجفن عند لمس العين او تعرضها لضوء ساطع. وانعكاس القبض او الامساك عند لمس راحة الكف. ويرتبط السلوك الحركي للوليد مثل: الفزع والابتسام والانتفاض والامتصاص الانعكاسي. بحالة حدوث هذا السلوك. حيث يزداد تكرار هذا السلوك في حالة النوم المنتظم ويقل كلما قرب الوليد من الاستيقاظ. (Park, 2005)

يولد الطفل وعقله صفحة بيضاء. ولديه الامكانات العقلية والوراثية التي تعمل على تحديد نمو هذه الامكانات كما وكيفا. وتمثل صيحة الميلادبالنسبة للوليد بداية التنفس. وليست صيحة الالم والاعتراض والاسف والخوف حيال الموت كما يراها عدد من المنظرين (وتكون ناتجة عن اندفاع الهواء بقوة عبر الحنجرة في طريقه الى الرئتين فتهتز الحبال الصوتية للمرة الاولى (Owens, 2006) . (Behavenet. ;1997 – 2003) . وتمثل الام في هذه المرحلة العامل الاكثر اهمية في عملية التنشئة الاجتماعية للوليد. واي اختلاف في التنشئة يؤدي

بالضرورة الى اختلاف السلوك الاجتماعي للوليد. ويبرز هذا الاختلاف عند المقارنة بين المواليد في المجتمعات المختلفة. (Berk, 2007) .

3) الرضاعة Babyhood:



تمتد فترة الرضاعة من أسبوعين الى سنتين. وتعد من اهم مراحل الطفولة. وهي الاساس في تكوين شخصية الفرد فيما بعد. وعلى الرغم من ان هذه المرحلة لا تكون كلها رضاعة الا ان التسمية تطلق على الرضيع حتى وصوله العامين من عمره. ويعتبرها المنظرون مرحلة انطلاق القوى الكامنة كما انها مرحلة الانجازات الكبيرة حيث تشهد نموا سريعا وتآزرا حسيا حركيا ملحوظا في كافة الجوانب. كما يتم في هذه المرحلة تعلم الكلام واكتساب اللغة. ونمو الاستقلالية والاعتماد على النفس. والاحتكاك الاجتماعي بالعالم الخارجي والتنشئة الاجتماعية. والنمو الانفعالي. والفطام ونمو الذات وتكوين مفهوم الذات الذي يمثل من وجهة نظر علماء النفس الحجر الاساس لبناء شخصيةالفرد. (Owens, 2006) .Berk, 2007)

ويؤثر اضطرابات افرازات الغدد الصماء زيادة او نقصانا في نمو الرضيع. فالغدة النخاميةتفرز هرمونات تؤثر على نمو الجسم والطول والوزن وتمثيل الكربوهيدرات والبروتينات. كما تفرز مجموعة من الهرمونات (تسمى بالهرمونات المدارية) تؤثر على انشطة معظم غدد الجسم الاخرى. ونقص افرازات الغدة النخامية Pituitary من هرمونات النمو Gonadotrophic, Ant diuretic, Oxytocin والتي تعتبر همزة الوصل بين جهاز الغدد والجهاز العصبي. وتسيطر على نشاط الغدد الأخرى مثل الغدة الكظرية، والغدة الدرقية، والغدة التناسلية. وتتحكم في النمو. وتؤثر على ضغط الدم وتنظيم الماء. يسبب نقص افرازاتها تأخرا في النمو بصفة عامة. وزيادة افرازاتها تسبب العملقة او الضخامة.

وتفرز الغدة الصنوبرية Pineal هرمونات الميلاتونين Miltonic والسيروتونين Serotonin ونورادرينالين Nor adrenalin. ونقص افرازاتها تؤثر في الحالة الانفعالية للفرد. وزيادة افرازاتها تسبب اضطرابات في النمو. وتفرز الغدة الدرقية هرمون الثيروكسين Thyroxin ويسبب نقص افرازات الغدة الدرقية Thyroid من هرمون الثيروكسين Thyroxin حالة من الضعف العقلي (القزامة أو القصاع) ويفقد الطفل حيويته ويقظته وتعرف هذه الحالة بالمكسدينا Myxedena وفيها يصبح الفرد غبيا ولا يستطيع التذكر او التركيز او التفكير. وزيادة افرازاتها تسبب زيادة الايض (التمثيل الغذائي) والجويتر (أي تضخم الغدة الدرقية) . وفي هذه الحالة يصاب الفرد بعدم الاستقرار الانفعالي والقلق ويصبح متوترا سريع التهيج العصبي. وفي حالة اصابة الغدة الدرقية في فترة الميلاد او في مرحلة الطفولة المبكرة. فان النمو الجسمي يصاب بالاضطراب وعدم التناسب بين اعضاء الجسم ولا ينمو الذكاء وتسمى في هذه الحالة بالقصاع Cretinism (القزمنة) وقد تمكن العلماء من علاج المكسديما باعطاء المريض جرعات من هرمون الثيروكسين لاعادته الى حالته الطبيعية.

ونقص افرازات الغدة جارات الدرقية Parathyroid التي تفرز هرمون الباراثورمون Parathormone الذي ينظم أيض الكالسيوم والفوسفوريسبب الكزاز او التتانوس (تقلص العضل) والموت. وزيادة افرازاتها تسبب الجويتر (تضخم الغدة الدرقية) كما تسبب هشاشة وتشوه العظام. اما الغدة التيموسية Thymus فان نقص افرازاتها يسبب البكور الجنسي. والغدتان الكظريتان – القشرة الكظرية والنخاع الكظري – فيكونان جزءا من الجهاز العصبي السمبثاوي. ويشير بعض العلماء الى ارتباط الغدتين بردود الفعل الانفعالية. فعندما يفرز الادرينالين في مجرى الدم يقوم التركيب العضوي بالاستعداد اما للهرب او لنشاط عدواني. وفي نفس الوقت يحدث ازدياد في سرعة نبضات القلب وفي ضغط الدم. وزيادة في افراز السكر وارسال كميات اكبر من الاكسجين الى الرئتين. وتحويل كميات من الدم الى العضلات الكاسية للهيكل العظمى. وحجم الغدتين الكظرتين يكون كبيرا عند الولادة ويتضاءل حجمهما تدريجيا مع العمر. ونقص افراز الغدة الكظرية Adrenal التي تفرز هرمونات الكورتزون Cortisone والابينيفرين Epinephrine يسبب مرض اديسون ومن اعراض هذا المرض اضطراب الهضم والانيميا والضعف الشديد وانخفاض ضغط الدم. وزيادة افرازها يسبب زيادة واسراع النمو الجنسي.

وزيادة افرازات غدة جزر لانجرهانز Islets of Langerhans التي تفرز هرمونات الانسولين Insulin والجلوكاجون Glucagons يسبب غيبوبة الانسولين. ونقص افرازاتها يسبب مرض السكر.

أما الغدة التناسلية فانها تفرز هرمونات الاندروجينز Androgens المسؤول عن النمو والاستروجينز Estrogens ووظيفته التكاثر عن طريق البويضات عند الانثى والحيوانات المنوية عند الذكر، والبروجيستيرون Progesterone ونقص افرازاتها يسبب نقصا في نمو الخصائص الجنسية الثانوية. كما قد يسبب الضعف الجنسي والعقم. وزيادة افرازاتها يسبب البكور الجنسي. ويصاحب كلا الحالتين اضطرابات نفسية.



ويتمكن الرضيع في هذه المرحلة من ضبط حركة الجسم خاصة العضلات الارادية ويتوقف النمو الحركي على التحسن المستمر في التآزر الحسي العصبي العضلي. كما تتميز هذه المرحلة بالنمو السريع للوظائف الحسية واضافة المعاني للمثيرات الحسية. ويلاحظ على الرضيع قدرته على تمييز الدرجات المختلفة للاصوات المتباينة وادراك الفروق بين الاصوات المتباينة في شهره الرابع. كما يمكنه تحديد مصدر الصوت مع بداية الشهر الخامس من عمره. ويلاحظ عليه استمتاعه بالاصوات الايقاعية الجميلة وشعوره بالارتياح والاسترخاء

ويزداد الادراك البصري تمايزا ووضوحا لدى الرضيع في هذه المرحلة. كما تنمو الكفاية البصرية لديه بسرعة. ويلاحظ عليه بداية ظهور نموه العقلي خاصة في الذكاء والتعلم والتذكر والفهم. أما الرضع المتخلفون عقليا فانه يمكن التعرف عليهم عن طريق اخصائي مدرب باستخدام اختبارات الذكاء المتخصصة بقضايا التخلف العقلي. وللحواس في هذه المرحلة أهمية كبيرة في التعرف على الأشياء المحيطة بالرضيع في بيئته.

وقد حدد الباحثون المراحل التي يمر بها الطفل في تعلم اللغة وارتقائها. من انتباه تلقائي، الى تمييز صوتي، ثم تقليد جوانب الكلام، وتزامن الحركة مع أنماط الكلام. وحدد الباحثون المراحل التالية لانتاج الأصوات في العام الأول من عمر الوليد هي:

- الصياح Crying: الذي يبدأ مع الميلاد.
- الأصوات الأخرى التي تشبه الهديلز وتبدأ مع نهاية الشهر الأول من العمر.
- المناغاة Babbling: التي تبدأ في منتصف العام الأول.
- الكلام المشكل Patterned: (المنمط) الذي يبدأ مع نهاية العام الأول من العمر.



ويلاحظ على الرضيع تمايز انفعالاته وتركز استجاباته الانفعالية في راحته الجسمية وتغذية جسمية. وعند الميلاد تتشكل مرحلة التهيج او الاستثارة العامة. ثم يظهر بعد ذلك الانشراح والانقباض. ثم الغضب والتقزز والخوف. ثم البهجة والعطف نحو الكبار ثم الغيرة والفرح (Champion, 2000). وتتداخل النواحي الانفعالية والجسمية خلال السنة الأولى من عمر الوليد حيث يلاحظ عليه الاسراف الانفعالي وقوة الانفعالات والعواطف. كأن يضحك كثيرا ويبكي كثيرا. وتسهل استثارته ولكن سرعان ما يهدأ وكأن شيئا لم يكن. وتتناسب قوة الاستجابات الانفعالية مع عمق ادراك الرضيع للموقف. يلاحظظهور انفعال الفرح لديه نتيجة لراحته الجسمية فيكون التعبير عن حالة الفرح هذه بالايتسامة. ويتم التعبير عن الفرح مع النمو بالضحك عندما يكلمه الاخرون او يلاعبونه. أو عندما ينجح في انجاز عمل معين. كأن يقف وحده أو يتسلق قطعة من الاثاث. ويكون البكاء غالبا بسبب الجوع او التبلل او

اي تعب داخلي. ومع نهاية الشهر السادس من عمر الرضيعتقل كمية البكاء عنده ويستمر كذلك مع النمو. وتخف حدة التعبير الجسمي الشامل المصاحب له. (Maye, et al. ; 2009).

4) الطفولة المبكرة:

بانتهاء السنة الثانية تنتهي مرحلة الرضاعة (الحضانة) لتبدأ مرحلة جديدة تمثل اهمية خاصة. فالحالة الجسمية أصبحت أكثر قدرة على الحركة، واكثر قدرة على الكلام. واكثر قدرة على التعبير عن النفس. واكثر ارتباطا بالواقع الذي يعيشه. واكثر فهما لهذا الواقع. وفي تلك المرحلة تزداد القوة العضلية للطفل بحيث تجعل الحركة أكثر سهولة ومرونة. ويؤثر نمو المهارات الحركية للطفل على جميع مظاهر النمو الأخرى. وكلما اتسع نطاق البيئة التي يتحرك فيها الطفل كلما ازدادت خبراته ونما عقليا. ويستطيع ان يعتمد على نفسه في تناول طعامه ولبس ملابسه. واستخدام الحمام. وما إلى ذلك. مما يدعم محاولاته للاستقلال عن الكبار. ويزداد إقبالا على اللعب مع رفاقه وتزداد شعبيته ومكانته الاجتماعية بين رفاقه. ويزداد الهيكل العظمي نضجا ويبدأ جزء كبير من الغضاريف في الهيكل العظمي للتحول الى عظام. لكنه يبقى غير ناضج. بينما تزداد عظام الجسم حجما وعددا وصلابة مع النمو.

ويتسم أطفال هذه السن بالفضول والحاجة الى البحث والاستكشاف. وكثيرا ما تكون أسئلتهم كثيرة وغير متصلة بالموضوع المطروح. وهم يحبون عالم الخيال. ويعتبر التردد أحد سمات هذه السن. ولكن الأطفال يتعلمون الإتيان بالاختيارات الحكيمة. وهم يتسمون بالفضول.. ويتسع مدى انتباههم ويولعون بالقراءة والكتابة. ويستمتعون بالغناء وسماع القصص.

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة تنشئة اجتماعية حيث يتعلم الطفل الاداب الاجتماعية العامة وكيفية التعامل مع الاخرين والاشياء، ويتعلم القيم والادوار الاجتماعية والتمييز بين الصح والخطأ. ويلعب الابوان دورا بارزا في هذه المرحلة. فهما يمثلان نماذج الدور الاجتماعي وينقلان للطفل الاتجاهات والقيم عن طريق التدريب وممارسة العقاب والثواب والتقمص. واكد الباحثون على دور الوالدين كنماذج وكمعززين للسلوك الاجتماعي. والتأكيد على عملية التفاعل الاجتماعي بين الطفل ووالديه. فلا يقتصر الامر على ان الوالدين ينشأن الطفل اجتماعيا. بل ان الطفل ايضا ينشئهما اجتماعيا. (Hetherington & Parke, 2006) (Martin& Pear,2003) وكنتيجة للتفاعل الاجتماعي المتبادل بين الطفل ووالديه. فقد بدأ علماء النفس يتراجعون تدريجيا عن فكرة نموذج السببية للوالد Parent causation model والتي بمقتضاها يتسبب الوالدان في ان يسلك الطفل سلوكيات معينة وبطريقة معينة.

ويمكن النظر الى أساليب التفاعل بين الوالدين وطفلهما من جوانب متعددة. فقدصاغ كل من هوفمان (Hoffman, 1974) وسالتزستين Saltzsien, 1967 ثلاثة اساليب مختلفة يستخدمها الوالدان مع طفلهما: تمثلت في الآتي:

- التأكيد على القوة Power assertion: باستخدام العقاب البدني، الحرمان من الاشياء المرغوب فيها أو التهديد بها. بحيث يسيطر الوالد على طفله بسببضعف الطفل وليس من خلال الذنب الذي ينجم عن تعرف الطفل على ذاته في والديه.
- التأكيد على انعدام القوة، والسيطرة من خلال سحب الحب Love – withdrawal: كالتجاهل، والعزل، والتعبير عن عدم الرضا.. الخ. كما يعكس تأكيد فرض السيطرة من خلال سحب الحب لفترة زمنية طويلةفاعليته في حالة العقاب البدني.
- الاستقراء Induction: وعندما يفسر الوالدان لماذا يجب ان لا يقبل الطفل على سلوك ما، (كتحذير الطفل من النتائج الخطرة للمس موقد ساخن، أو اللعب بأسلاك كهربائية، ومخاطر الجري داخل المنزل أو في شارع عام.. الخ) فان الوالد انما يستخدم السيطرة الاستقرائية محاولا بذلك اقناع طفله بتغيير هذا السلوك.

ومما لا شك فيه أن البحث في مسألة النمو الاجتماعي للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة يتزايد يوما عن آخر. خاصة ما يتعلق منها بالتعلق الوالدي وثباته مع الزمن. (Martin&Pear, 2003) وطبقا لنظرية فرويد فان الاطفال الصغار مهيئون بيولوجيا للارتباط بالاشخاص من حولهم. وما التعلق الا شحنة انفعالية لاختيار الشيء. حيث يستثمر الطفل الصغير بعض الطاقة الليبيدية في شخص آخر قد يكون الأم او البديل. ولاحظ كل من سيرز وآخرون ان السلوكيات الدالة على التعلق تنتج عن الوجود المستمر لأداء الآخرين لدور المغذي. فالطفل يتعلم ان يساعد أمه ليضمن مساعدتها كلما تطلبت دوافعه الأولية بعض التغيير في بيئته لكي يمكن تخفيف هذه الدوافع.

ويعتبر قلق الانفصال Separation anxiety ظاهرة واضحة لدى الاطفال. وقد أوضحت دراسات شافر وامرسون ان القلق من الانفصال يبدأ من حوالي سن 7 – 8 شهور. وتنتهي عند حوالي سن 18 شهرا. ولقد شاهد الاباء مثل هذا السلوك عندما تركوا ابناءهم في المنزل مع جليسة اطفال. وعند مغادرة الوالدين للمنزل. فانهما عادة يسمعان الطفل وهو يصرخ. وعند عودتهم الى المنزل يخبران بأن الطفل لم يبك سوى لحظات قليلة. ويختفي قلق الانفصال عندما لا يصبح غياب الشخص يمثل حدثا للتباين.

والعدوان سلوك متعلم أو مكتسب عبر التعلم والمحاكاة نتيجة للتعلم الاجتماعي Social learning حيث يتعلم الطفل الاستجابة للمواقف المختلفة بطرق متعددة قد تكون

بالعدوان او التقبل. وهذا يعود لنوعية العلاقة التي تسود داخل أسرة الطفل. وينتشر السلوك العدواني بين الاطفال. بمظاهر واشكال متعددة. وتشير الدراسات الى وجود ظروف ومتغيرات عند الطفل تهيىء لظهور السلوك العدواني. ونستطيع ملاحظة العدوانية للأطفال أثناء لعبهم مع بعضهم البعض. أو اللعب بالدمي. أو غير ذلك.

وتتكون جماعات الاقران من افراد متفاعلين مع بعضهم البعض. يتصادف وجودهم في نفس المكان وفي نفس الوقت. ولهم اهداف ومعايير مشتركة. وهناك عدة عوامل تؤثر على التقبل الاجتماعي للطفل في جماعة الاقران كالنضج الاجتماعي Social maturity والجنسSexوالطبقة الاجتماعية Social class. ومن ثم تلعب جماعة الاقران دورا هاما في النمو الاجتماعي للطفل وعملية التطبيع الاجتماعي من خلال التوحد بالاقران. والتعلم الاجتماعي وتعلم الادوارRole playing. فيكون الاقران مرجعا لحقيقة الطفل عن ذاته. ويؤدي الامتثال لمعايير الجماعة دورا هاما في تشكيل سلوك الطفل في هذه المرحلة. فيتصرف وفقا لهذه المعايير.

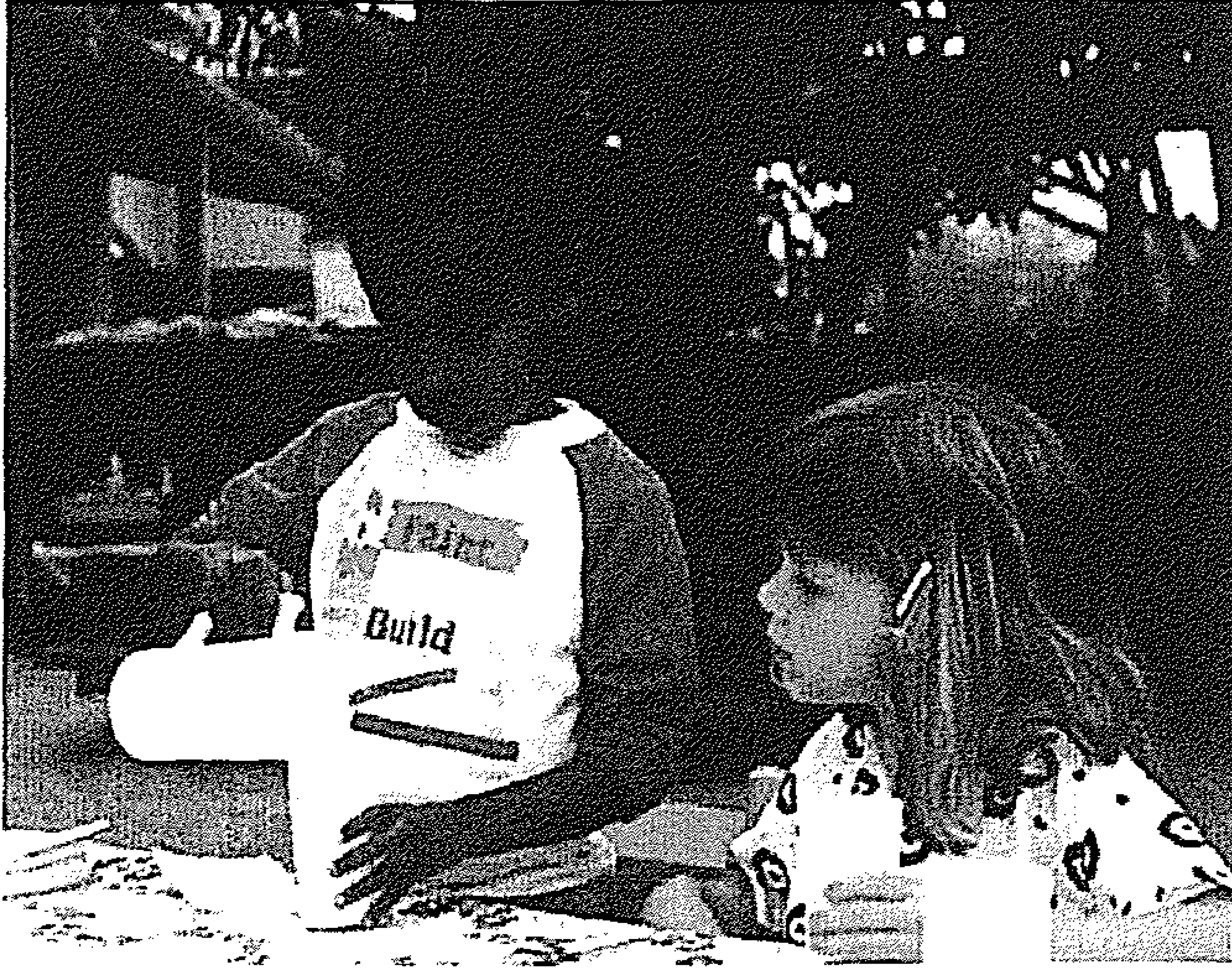
ويجد الطفل في هذه المرحلة لذة في ممارسة حواسه. فتراه شغوفا بشم وتذوق وفحص واكتشاف الأشياء. (Black, et al, 2001) ويتطور السمع تطورا سريعا من حيث قوة التمييز السمعي. كما تبرز اهمية السمع بالنسبة للنمو اللغوي للطفل في هذه المرحلة. وتنمو لديه حاسة الايقاع السمعي خاصة ما يتعلق منها بالايقاعات السريعة. كما يتميز البصر بالطول ويسهل على طفل هذه المرحلة رؤية الكلمات الكبيرة. ويميز الالوان ويسميها. اما الالوان الاكثر اثارة لطفل هذه المرحلة فهي الاحمر والازرق. وتبرز اهمية حاستي الذوق والشم او كما يسميها بعض الباحثين بالحاسة الكيميائية في حماية الطفل من الاشياء الضارة في عملية التغذية.

وتمثل الطفولة المبكرة مرحلة هامة جدا في حياة الفرد. فهي مرحلة السؤال والاستفسار والاستطلاع والبحث. والطفل في هذه المرحلة يكثر من السؤال والاستفسار: ماذا، لماذا، وكيف ومتى واين ومن؟.... وهكذا. ويتواصل نمو الذكاء لدى طفل هذه المرحلة ويكون ادراك العلاقات والمتعلقات عمليا وبعيدا عن التجريد. ويكون الطفل قادرا في هذه المرحلة من التعميم ولكن في حدود ضيقة. ويتميز النمو اللغوي لهذه المرحلة بكل من زيادة كبيرة للمفردات والصفات وقواعد اللغة. وتبادل الحديث مع الكبار ووصف الصور وصفا بسيطا والاجابة عن الاسئلة التي تتطلب ادراك علاقة، والقدرة على تكوين جمل كاملة تشمل كل اجزاء الكلام. ويعرف معاني الارقام كما يعرف معاني الصباح والظهر والمساء والصيف والشتاء.. الخ. (Rohwer, Jr. et al, 2006).

وتؤثر وسائل الاعلام في النمو الانفعالي لطفل هذه المرحلة خاصة بعد دخول الأجهزة السمعية والبصرية الى الاسرة. وتتكون العادات الانفعالية بالتدريج حتى نهاية هذه المرحلة. ويمكن النمو اللغوي والنمو الحركي للطفل من التعامل مع المواقف المحبطة ومن اشباع حاجاته. وكلما زادت قسوة العقاب على العدوان في الطفولة المبكرة كلما زاد التعبير عن العدوان ولو على شكل كامن. (عدوان خيالي) . وقد يستغرق الطفل القلق في احلام اليقظة. حيث تتميز احلامه الليلية بالقلق والمخاوف والحيوانات كما انها ترتبط بالخبرات المباشرة. وقد يصاحبها البكاء (زهران، 2005) .

5) **الطفولة المتوسطة:**

تبدأ هذه المرحلة من سن:6 – 9 سنوات. وفي هذه المرحلة تتسع الافاق العقلية المعرفية للطفل ويتعلم المهارات الاكاديمية المختلفة. كما يتعلم المهارات الجسمية اللازمة للالعاب والوان النشاط العادية. وتتضح في هذه المرحلة كذلك فردية الطفل وسعيه نحو اكتساب اتجاهات سليمة نحو ذاته. وتتسع دائرة علاقاته الاجتماعية فينضم الى جماعات جديدة وتطرد عملية التنشئة الاجتماعية وتزداد استقلاليته عن والديه واسرته.



ويتأثر النمو الجسمي بالظروف الصحية والمادية والاقتصادية. وكلما تحسنت الظروف الصحية للطفل كلما كان النمو افضل. ولا شك بان للغذاء دور بارز في نمو الجسم نموا سليما كما ونوعا وما يقوم به الطفل من نشاط.

ومع انتقال الطفل من حياة البيت الى المدرسة. فانه يدخل في حياة جديدة مليئة بالخبرات الجديدة وتعتبر هذه المرحلة بداية رحلة تعليمية طويلة تنتهي بوصول الطفل الى مرحلة الرشد. وتلعب المدرسة دورا هاما وفاعلا في حياة الطفل وتكسبه كثيرا من انماط السلوك الجديد والمهارات الأكاديمية وتتوسع حصيلته الثقافية وتمكنه من ممارسة العلاقات الاجتماعية. وتزداد الفروق الفردية بين الجنسين وضوحا في هذه المرحلة. وتتفوق الاناث في الذكاء عن الذكور في هذه المرحلة بحوالي نصف سنة.

ويؤثر كل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرقبشكل واضح في النمو العقلي للطفل. هذا بالاضافة الى دور المدرسة ووسائل الاعلام السمعية والمرئية على نمو الذكاء لدى اطفال هذه المرحلة. وقد لاحظ الباحثون ان انخفاض المستويات الاجتماعية والاقتصادية لبعض الأسر تعيق نمو الذكاء عند اطفالهم. نتيجة عدم قدرة الأهل على توفير فرص التعليم لأبنائهم. ونقص في تشجيع الاباء لأبنائهم لمزيد من التحصيل. وأشار الباحثون كذلك. الى الأثر الواضح الذي يتركه التعزيز الاجتماعي لدى الاطفال. وتؤكد الدراسات كذلك الى ان النمو العقلي يرتبط بالنمو الاجتماعي والانفعالي. والأطفال الذين يتميزون بالاعتمادية في سلوكياتهم يكون تقدمهم العقلي أقل من الأطفال الذين يتسمون بالاستقلالية في سلوكياتهم في مثل سنهم.

وتلعب الاسرة والمدرسة دورا بارزا في تعليم سلوك الانفعال لدى الاطفال في هذه السن. نتيجة لاتساع دائرة اتصال الطفل بالعالم الخارجي واحاطته بأفراد وجماعات جديدة يكسبونه العديد من المواقف الانفعالية المتباينة. وكذلك ميل الطفل نحو التنافس والعدوانية والعناد. التي تسعى المدرسة في هذه المرحلة الى ضبط سلوك المنافسة والعدوان لديه. ليتحول بالتدريج الى صداقات له.

ويتطور النمو الاجتماعي لدى اطفال هذه المرحلة ويتضح الفرق بين الجنسين في هذه السن. ويزداد تعلم الطفل لدوره الجنسي. فيتجه الاطفال الذكور نحو الخشونة والاستقلالية بينما تتجه الاناث نحو الرقة والليونة والتعاون مع الذكور في مختلف الانشطة. ويتأثر النمو الاجتماعي في هذه المرحلة بعملية التنشئة الاجتماعية التي تتولى المدرسة الدور الرئيسي فيها. فهي المسؤولة الأولى في هذه السن عن البناء الاجتماعي للطفل. الذي يتأثر بدوره بمعلميه وعلاقته مع اقرانه في المدرسة وبالعلاقة بين المدرسة واسرته وكذلك باعمار معلميه وجنسهم وحالتهم الاجتماعية وشخصياتهم. ويتأثر الطفل في هذه السن ايضا بوسائل الاعلام السمعية والبصرية وبالثقافة العامة والخبرات المتاحة له من اجل عملية التفاعل الاجتماعي. ولا شك بأن للوالدين دورهما في عملية التوافق الاجتماعي واستخدامهما لأساليب الثواب والعقاب.

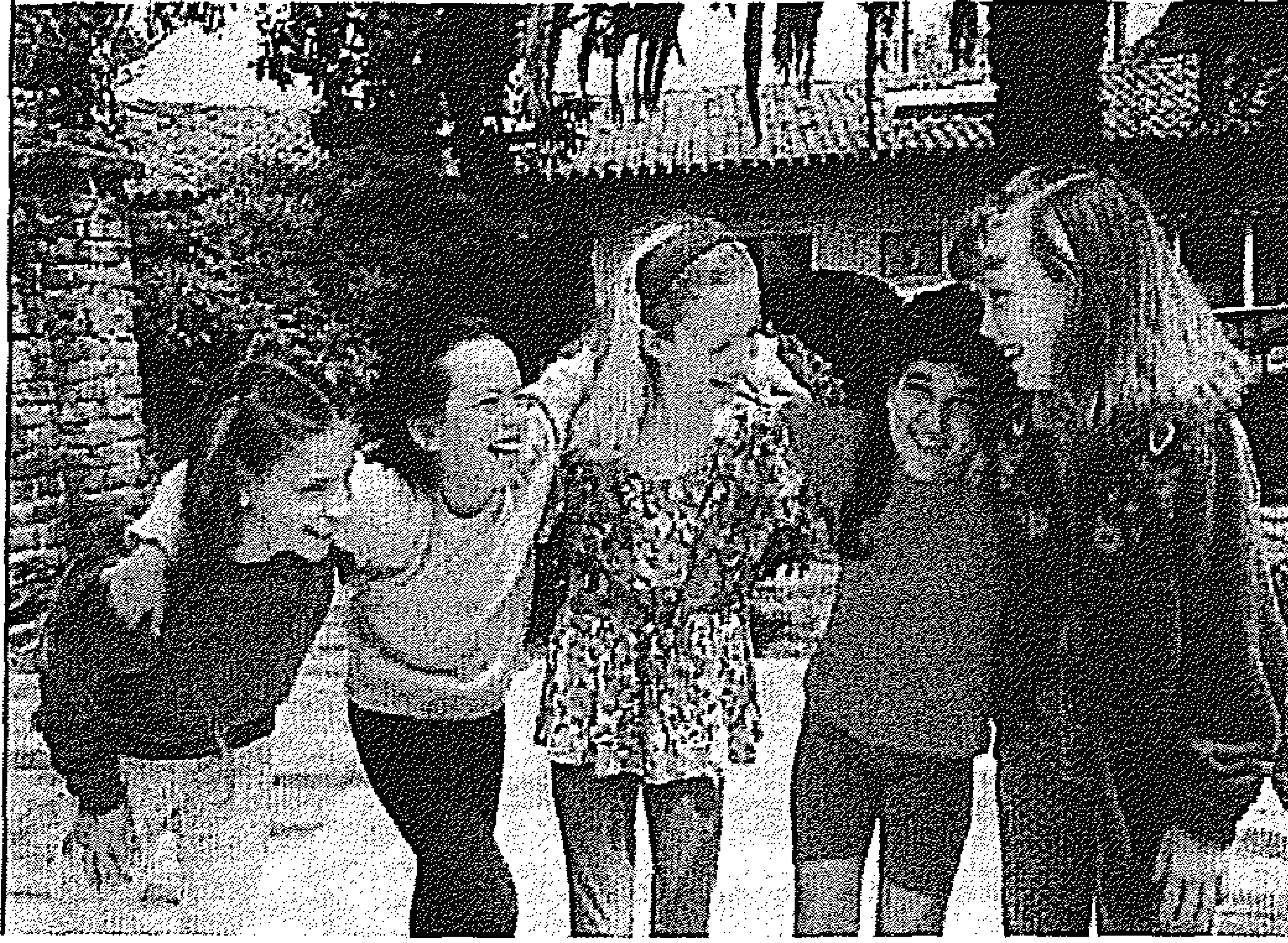
وتحدث كولبرج Kohlberg عن النمو الخلقي للطفل الذي يمر بمرحلتين يركز في المرحلة الاولى على طاقات وامكانات ذوي السلطة. وعلى ضرورة ان يرضى الضعيف القوي ليتجنب عقابه. وعدم اغضاب الكبار ذوي السلطة. ويركز في المرحلة الثانية على دافع اللذة ويسلك للحصول على ما يريده من الاخرين. بحيث تظهر النفعية في سلوكه. مع عدم التدخل في شؤون الاخرين.

ويلاحظ على الاطفال في هذه المرحلة اصدار احكام اخلاقية على اساس الثواب والعقاب المتوقع فقط. ويحل المفهوم العام لما هو صواب وما هو خطأ وما هو حلال وما هو حرام محل

القواعد المحددة. وتحل المعايير الداخلية بالتدريج محل الطاعة للمطالب الخارجية. ويزداد ادراك الطفل لقواعد السلوك الاخلاقي القائم على الاحترام المتبادل. وعلى الاباء تعليم ابنائهم في هذه السن السلوك الاخلاقي المرغوب فيه.

6) **الطفولة المتأخرة:**

تمتد مرحلة الطفولة المتأخرة من سن 9 – 12 سنة. ويطلق عليها البعض بمرحلة ما قبل المراهقة Preadolescence وتمثل هذه المرحلة مرحلة الدراسة الابتدائية العليا (الصفوف الابتدائية الأخيرة الثلاث). وتعد هذه المرحلة انسب مراحل النمو الخاصة بعملية التطبيع الاجتماعي. بالرغم من قلة الاهتمام بدراستها من قبل الباحثين مقارنة بشدة اهتمام هؤلاء الباحثين بما يسبقها وما يلحقها من مراحل النمو.



وتتميز هذه المرحلة ببطء معدل النمو مقارنة بسرعته في المرحلة السابقة. وزيادة التمايز بين الجنسين بشكل واضح. وتعلم المهارات اللازمة لشؤون الحياة. والمعايير الخلقية والقيم وتكوين الاتجاهات. والاستعداد لتحمل المسؤولية وضبط الانفعالات.

7) **المراهقة:**

تمثل المراهقة مرحلة الانتقال من مرحلة الطفولة (مرحلة الاعداد لمرحلة المراهقة) الى مرحلة الرشد والنضج والتي حددها أغلب علماء النفس في الفترة ما بين (12 – 20 سنة) (Hurlock, 1991). وهي المرحلة التي يمر فيها المراهق بتطورات وتغيرات جسمية ونفسية. فتتأثر بما قبلها من المراحل. كما انها مرحلة متعددة الجوانب حيث ينمو المراهق جسميا وفيزيولوجيا وجنسيا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ومهنيا. وقد وصفها المنظرون بأنها فترة عاصفة، ومحنة مليئة بالمشكلات بل هي بداية ظهور المشكلات في حياة الفرد. (Foltz, et al., 2005):

ويسعى المراهق في هذه المرحلة جاهدا للتخلص من اعتماده المالي على أبويه أو الآخرين من الكبار. والى الاستقلالية بالرغم من حاجته الملحة الى المساعدة. ويسعى الى تحمل مسؤولياته لكنه رغم ذلك محتاج لأن يظل طفلا ينعم بالأمن والطمأنينة.

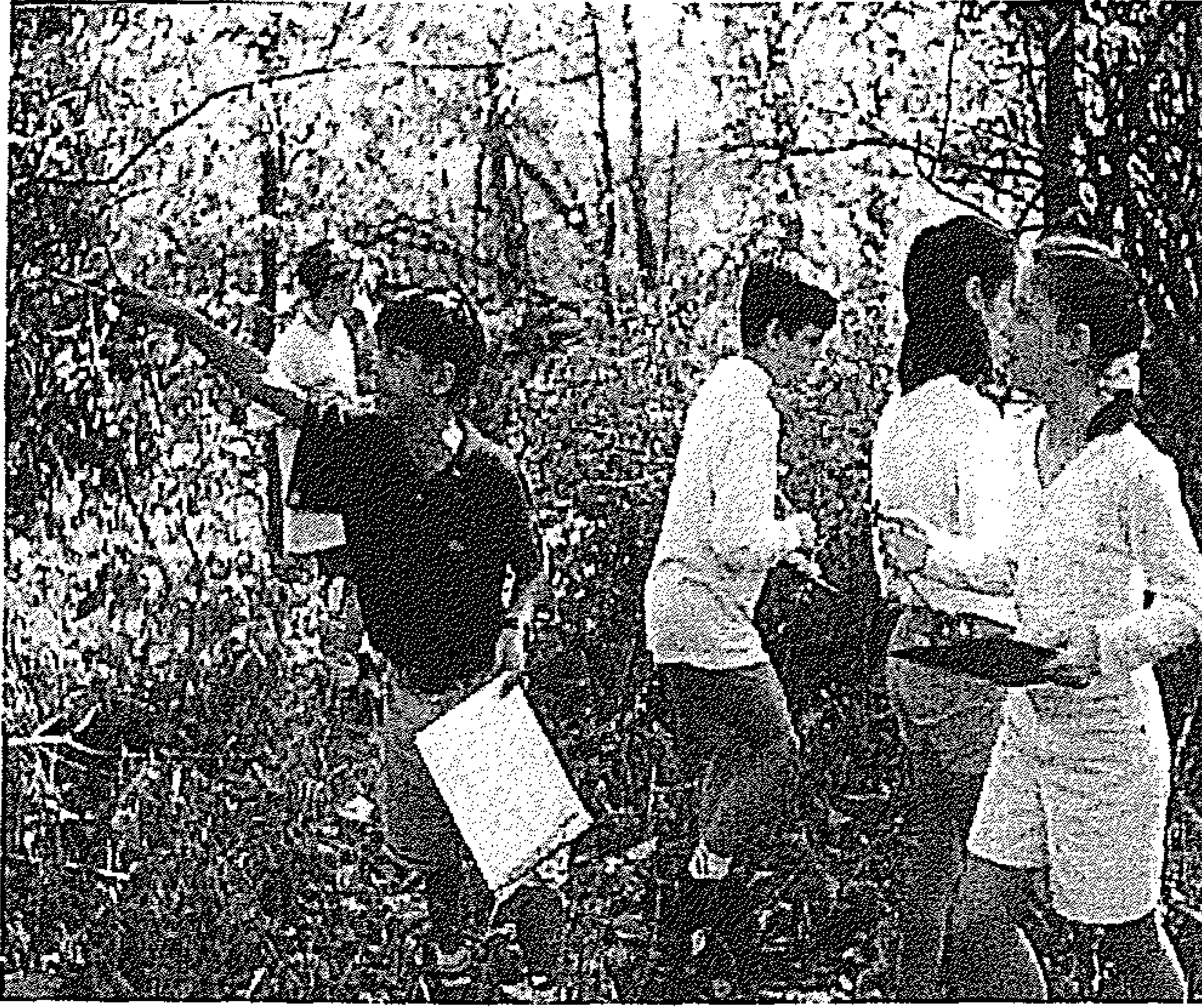
وعليه ان يحقق ذاته، يفكر لنفسه، ويحقق ميوله، ويشبع حاجاته، ولكن لا بد ان يتطابق تفكيره وسلوكه مع المعايير الاجتماعية والتوافق مع الآخرين. وأن

يتخذ قرارات حيوية تحدد مستقبل حياته، خاصة ما يتعلق منها بالتعليم واختيار مهنته، أو ما يتعلق بالزواج وتكوين اسرة أو ممارسته بعض الهوايات أو تكوين بعض الصداقات.

ويسعى لتحقيق الحرية، وصاحب سلطة لكنه مع ذلك يجد نفسه متورط في صراعات انفعالية مع الأطفال الأصغر منه سنا داخل اسرته. وكذلك الوالدين والمدرسين وأعضاء المجتمع. وهو يريد ان يكون راشدا، لكنه لا يعطى المسؤولية الكافية لأعماله الخاصة. ويعاني من مشكلات لم تكن موجودة لديه في مرحلة سابقة وتختلف أيضا عما يواجهها الراشد الى حد ما. وهو يسعى جاهدا لتحقيق حل مقبول لمشكلاته تلك تتناسب ومعايير الجماعة.

تتميز مرحلة المراهقة بالنمو الواضح المستمر نحو النضج في كافة مظاهر وجوانب الشخصية، والتقدم نحو كل من النضج الجسمى، والنضج الجنسي، والنضج العقلي، والنضج الانفعالي والاستقلال الانفعالي والتطبيع الاجتماعي واكتساب المعايير السلوكية الاجتماعية والاستقلال الاجتماعي وتحمل المسؤولية، وتكوين علاقات اجتماعية جديدة والقيام بالاختبارات، واتخاذ القرارات فيما يتعلق بالتعليم والمهنة والزواج. وتحمل مسؤولية توجيه الذات، من خلال التعرف على قدراته وامكاناته وتمكنه من التفكير واتخاذ قراراته بنفسه. والتخطيط لمستقبله.

وتتحدث اليزابيث هيرلوك (Hurlock, 1991) عن المراهقة على انها نتيجة لعوامل كثيرة منها: المثالية، ومشاعر النقص في الكفاءة والمكانة ونقص في اشباع الحاجات والضغوط الاجتماعية، وفشل العلاقة بالجنس الأخر. ومشكلات التوافق. بحيث يؤثر كل ذلك في سلوكه من حيثاضطراب السلوك، والانفعالية، والمشاكسة، والسلوك المضاد للمجتمع، والوحدة، ونقص الانجاز، ويرافقه الاهمال ونقص الدافعية وشؤون الاسرة والانشطة الاجتماعية. ولوم الاخرين: والقاء التبعة عليهم واتهامهم بأنهم سبب كل شقاء. والهروب من المنزل والزواج المبكر والاستغراق في احلام اليقظة. وربما يصل الحال بالنسبة اليه الى محاولة الانتحار. والانتحار الفعلي.



وتظهر على المراهق في هذه المرحلة عددا من الخصائص الجسمية من زيادة ملحوظة في الوزن في بداية المرحلة. والرغبة في الاكل. وظهور التغيرات الجسمية التي تصاحب النضج الجنسي. وظهور حالات من عدم التوازن في نشاط الغدد. واكتمال النمو العظمي ونمو الطول. وازدياد التوافق العضلي والعصبي نضجا. والنمو السريع للقلب في بداية المرحلة والبطيء في نهايتها. وارتباط النمو الجسمي في هذه المرحلة بالنمو في النواحي العقلية والاجتماعية والانفعالية ارتباطا وثيقا. بحيث لا يستطيع المرء ان يفصل ناحية من هذه النواحي عن الناحية الأخرى الا من الناحية النظرية فقط. (اسماعيل، 2001)

وتلعب الوراثة دورا بارزا في وجود فروق فردية في الذكاء والقدرات العقلية. كما تؤثر التسهيلات البيئية والخبرة والتدريب في تنمية واستثمار تلك القدرات الى اقصى مدى. وييسر التوافق الانفعالي الوصول الى الثقة ومفهوم الذات الايجابي من اجل تحقيق نضج عقلي للمراهق. كما تؤثر العوامل الانفعالية مثل الخمول والتمرد في لاداء العقلي للفرد. ويؤثر مستوى وسرعة معدل النمو الجسمي في تحصيله الدراسي. وشخصيته بصفة عامة. ولا ننسى تأثير وسائل الاعلام السمعية والبصرية على نموه العقلي وتزويده بالافكار والخبرات. (Berk, 2007)

وتتصف الانفعالات في مرحلة المراهقة بأنها انفعالات عنيفة متهورة لا تتناسب مع مثيراتها. وفي كثير من الحالات لا يستطيع المراهق التحكم فيها ولا في المظاهر الخارجية لها. وبالتالي، فليس هناك ثبات انفعالي في هذه المرحلة ويظهر التذبذب الانفعالي لدى المراهق. وتقلب سلوكه بين سلوك الاطفال تارة وسلوك الكبار تارة أخرى. كما تلاحظ لدى المراهق التناقض الانفعالي وثنائية المشاعر نحو نفس الشخص أو الشيء او الموقف فيتذبذب انفعاله بين الحب والكره وبين الشجاعة والخوف، وبين التدين والالحاد، وبين الانعزالية والاجتماعية وبين الحماس واللامبالاة... الى غير ذلك من مظاهر السلوك.

وبالرغم من ان المراهق يكون بطل الحلم دائما ومؤلفه ومخرجه وممثله. الا ان الحب يعد من أهم مظاهر الحياة الانفعالية له. فالحب المتبادل يزيد الالفة ويزيل الكلفة ويقضي على العدوان ويجعل الاتجاهات النفسية أكثر ايجابية. والحب كما يراه الباحثون يمثل قوة علاجية جبارة لحل العديد من المشكلات التي يواجهها المراهق. (Berk, 2007)

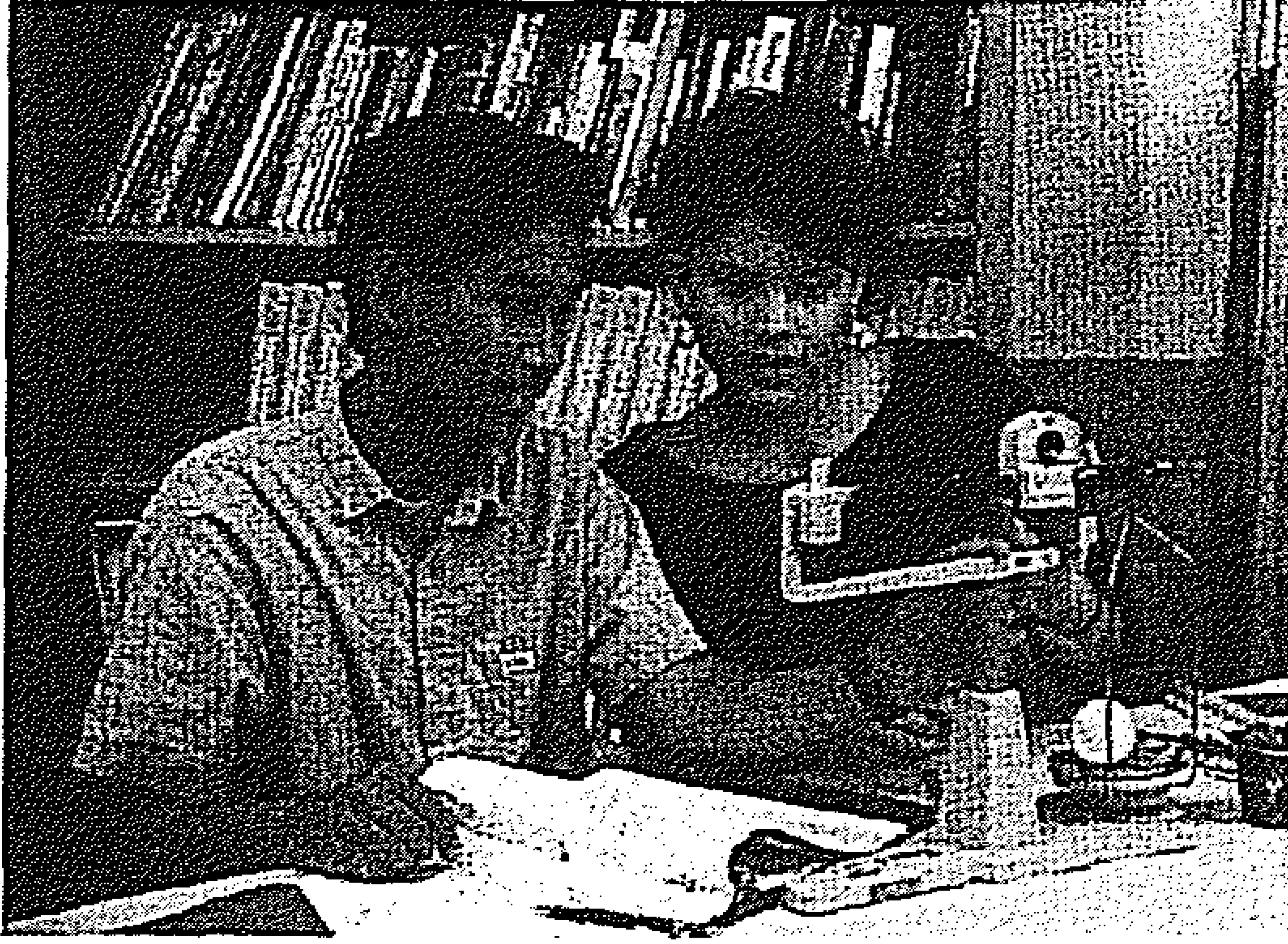
ويلاحظ على المراهق اتساع نطاق الاتصال الاجتماعي وتزداد مشاركته للاخرين في الخبرات والمشاعر والاتجاهات والافكار. وتستمر كذلك عملية التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي ويستمر تعلم واستدخال القيم والمعايير الاجتماعية من الاشخاص الهامين في حياته. مثل الوالدين والمدرسين والقادة والمقربين من الرفاق ومن الثقافة العامة التي يعيش فيهاويظهر اهتمامه بالمظهر الشخصي ويبدو ذلك واضحا في اختيار ملابسه والاهتمام بالالوان الزاهية اللافتة للنظر والتفصيلات الحديثة. والاهتمام بالحلي وبالموضة ومتابعتها بالنسبة للاناث (Hurlock, 1991) . ويلاحظ عليه نزعته نحو الاستقلال الاجتماعي والانتقال من الاعتماد على الغير الى الاعتماد على النفس. وكذلك ميله الى الزعامة والتوحد مع شخصيات خارج نطاق البيئة المباشرة مثل شخصيات الابطال. وينمو الوعي الاجتماعي والمسؤولية الاجتماعية. ويزداد وعيه بالمكانة الاجتماعية والطبقة الاجتماعية التي ينتمي اليه المراهق. فيستمر في التآلف والتكتل في جماعات الاصدقاء والخضوع لهاز وتتسع دائرة التفاعل الاجتماعي والميل الى الجنس الاخر.

ويلاحظ النفور والتمرد والسخرية والتعصب والمنافسة. وضعف القدرة على فهم وجهة نظر الكبار وضيق صدره للنصيحة. وتعتبر المنافسة احدى مظاهر العلاقات الاجتماعية في هذه المرحلة. فيقارن المراهق نفسه دائما برفاقه ويحاول ان يلحق بهم ليكون مثلهم او يتفوق عليهم. لكنه مع ذلك يعكف على مقارنة قدراته بقدرات الآخرين. ويحكم على سلوكه حسب المعايير السلوكية التي تحددها الجماعة (Baer, 2009) . وتتميز هذه المرحلة بمرحلة مسايرة Conformity ومجاراة وموافقة وامتثال وقبول واتساق ومحاولة انسجام مع محيطه الاجتماعي. وقبول العادات والمعايير الاجتماعية الشائعة بهدف تحقيق التوافق الاجتماعي. خاصة مع التأثير المتزايد لجماعة الرفاق، والتوافق مع القيم والمعايير الجديدة في القبول والرفض الاجتماعي. (Owens, 2006)

ويكون المراهق مفهومه عن نفسه باعتباره مصدرا للتأثير والتأثر في البيئة المحيطة. (اسماعيل، 2003) . ويمكن تحديد مفهوم الذاتلدى المراهق بناء على ادراك المراهق نفسه لصفة او صفات عامة يمكن ان تسند اليه باعتبار انه قوة متفاعلة مع القوى الاخرى في البيئة المحيطة. أما المفردات التي يمكن ان تعمم عليها او تشترك فيها هذه الصفة او الصفات. فهي استجابات

الشخص نفسه نحو مواقف البيئة المختلفة. فمفهوم الذات ينشأ عن طريق تفاعل الفرد مع بيئته ولا يمكن تصوره الا بالنسبة لهذه البيئة.

8) مرحلة الرشد:



تمثل مرحلة الرشد مرحلة جديدة في الحياة الانسانية تتسم بالتعقد والتغير (Kimmel, 2001). باعتبارها الفترة الزمنية التي يصل فيها الفرد الى مرحلة نمو اختيارية Optional period وهي المرحلة التي تظهر على الفرد الذي ينهي تعليمه المدرسي ويدخل سوق العمل وتكون هذه المرحلة عادة عند حوالي سن 18 سنة بينما أشار آخرون الى أن مرحلة الرشد تعتبر مرحلة الكبار التي تشتمل بالاضافة الى الفترة العمرية للشباب مرحلة الشيخوخة التي تمتد حتى نهاية العمر..

ومع نهاية هذه المرحلة تبدأ ظهور عوامل الانحدار والضعف التي تلازم الفرد بعد ذلك في شيخوخته. ويبدأ شعور الفرد بضعف قواه البدنية فيميل الى تعويض ذلك عن طريق نشاطه العقلي المعرفي وابتكار حلول جديدة لمشكلاته القديمة التي لم يعد يستطيع مواجهتها بالقوة البدنية.

تتميز هذه المرحلة من حياة الانسان بعدد من الخصائص الرئيسية التي تميزها عن غيرها من مراحل النمو الانساني: (Hurlock, 1991) حيث يمثل الانجاب أكثر الادوار اهمية في حياة المرء. خاصة وانها ترتبط بعملية الزواج والوالدية والانجاب. وتقوم المرأة بدور رعاية الاطفال. وتكون الوالدية هي الشغل الشاغل لكل من الرجل والمرأة.

ومع قيام الراشد بدور العائل الذي يكسب قوت عيشه الى جانب دور الوالد الذي يقوم برعاية ابنائه أيضا. فانه يتبع نمطا ثابتا نسبيا من السلوك في مجالات الحياة. يميزه عن بقية الافراد من اعمار مختلفة. بحيث يصعب على هذا الراشد تغيير نمط حياته التي اعتاد عليها في تلك المرحلة. واذا ما حاول تغيير نمط سلوكه فانه يواجه بعدد من الاضطرابات الانفعالية التي تؤثر في مسار حياته المستقرة وتزيد حياته تعقيدا وصعوبة. ومن هنا نجد ان الفرد في هذه المرحلة من العمر يتزوج وينجب وينخرط في عمل يظل يؤديه معظم حياته. ويستقر في مكان سكناه فترة طويلة من الزمن.

وفي هذه المرحلة من العمر فان الراشد يواجه مشكلات عديدة تختلف كما ونوعا عن المشكلات التي واجهها في مرحلة الطفولة او المراهقة مما يستدعي اتخاذ قرارات مستقلة وحاسمة في حلها. وهو مطالب في هذه المرحلة بمواجهة هذه المشكلات دون اشراف او توجيه او معاونة من الأباء او المعلمين كما كان يحدث في المراحل السابقة من العمر. وربما تكون المشكلات التي يواجهها في هذه المرحلة من العمر اقوى من ان يستطيع الراشد في هذه المرحلة من حلها. الا ان من الملاحظ عليه عدم لجوئه الى الآخرين (من والدين ومعلمين) في حلها. فقد يمنعه كبرياءه من اللجوء اليهم طلبا للمساعدة. وقد تصبح مشكلاته اكثر تعقيدا وصعوبة من ذي قبل مما يجعله اكثر اعتمادا على والديه اذا ما لجأ اليه ويصبح بالتالي في حالة اعتماد شبه دائم عليهما. خاصة اذا ما ارتبطت مشكلات المراهق في هذه المرحلة بالجوانب المالية والاقتصادية.

ويلاحظ على الراشد في هذه المرحلة من العمر وصول وظائف جسمه الحسية والعصبية الى اعلى مستوى لها. ويتم اكتمال وزن المخ والانماط الناضجة للموجات الكهربائية خلال هذه المرحلة. كما تبلغ الحدة السمعية والبصرية حدهما الأقصى في سن العشرينات تقريبا. وتظل الحدة البصرية كذلك حتى نهاية مرحلة وسط العمر. بينما تتناقص الحدة السمعية تدريجيا خلال نفس الفترة. وتتناقص نسبة الوفيات للأفراد في مثل هذه السن الى حدها الأدنى. ويعزو الباحثون الى أن معظم اسباب وفاة الافراد في هذه المرحلة من العمر الى الحوادث التي يصابون بها. بالرغم من ان عددا من المشكلات الصحية قد تظهر عليهم في المراحل التالية من حياتهم. (Breodzinsky, et al. , 2006)

وتمثل مرحلة الرشد المرحلة الأكثر أهمية بالنسبة لحياة الفرد والتي يكتسب فيها استبصارا قويا بالصواب والخطأ اعتمادا على الخبرة الشخصية. والنمو الخلقي. او نمو النسق القيمي الشخصي لديه. المرتبط ارتباطا وثيقا بالنمو المعرفي للفرد. وهذا يشير الى وصول الفرد الى اعلى مستويات العمليات الصورية في المعرفة. قبل ان ينشغل بالاستدلال الخلقي في المستوى القائم على المبادىء Principled والتي تتطلب من الفرد في هذه المرحلة احراز مستوى معين من النمو المعرفي. كما تتطلب انواعا معينة من الخبرات الشخصية.

ومن ابرز خصئص الفرد في هذه المرحلة دخوله ميدان العمل والذي يحتل مكانة بالغة الأهمية في تحديد هويته. فالعمل تعبير عن حاجة داخلية (دافعية الانجاز Achievement motivation) لدى الفرد تدفعه نحو الاستقلال النفسي والاقتصادي والاتقان والتعامل الفعال مع البيئة (Arnonfreed, 2006) . ويمثل العمل مصدرا لشعور الفرد بقيمته، وبالتالي فانه وثيق الصلة بتقديره لذاته وتحديده هويته. كما ان للعمل أهميته الاجتماعية للفرد الى جانب أهميته الشخصية. وهو بالتالي مصدر للمكانة الاجتماعية له.

9) مرحلة الشيخوخة:

تمثل الشيخوخة فقدانا جوهريا او انحرافا سلبيا في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الاسوياء. (Wright & Weiss, 2009) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. ففي سن الخامسة والستين من عمر الانسان ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعاني من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهري في تحول النمو الانساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فانه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجيا حتى يصل الى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر). ويؤكد بيك Peck (Gibson, 2005) على ثلاثة قضايا رئيسية في التوافق النفسي عند المسنين:

وتشير القضية الاولى الى تميز الانا مقابل الانشغال بدور العمل Ego differentiation Vs work – role perception ذلك ان احد متطلبات النجاح للتوافق مع التقدم في العمر. يكون من خلال منظومة متنوعة من النشاطات ذات القيمة والمساهمات الذاتية القيمة التي تقدم للمسن نوعا من الرضا والسعادة والاحساس بالقيمة الذاتية له.



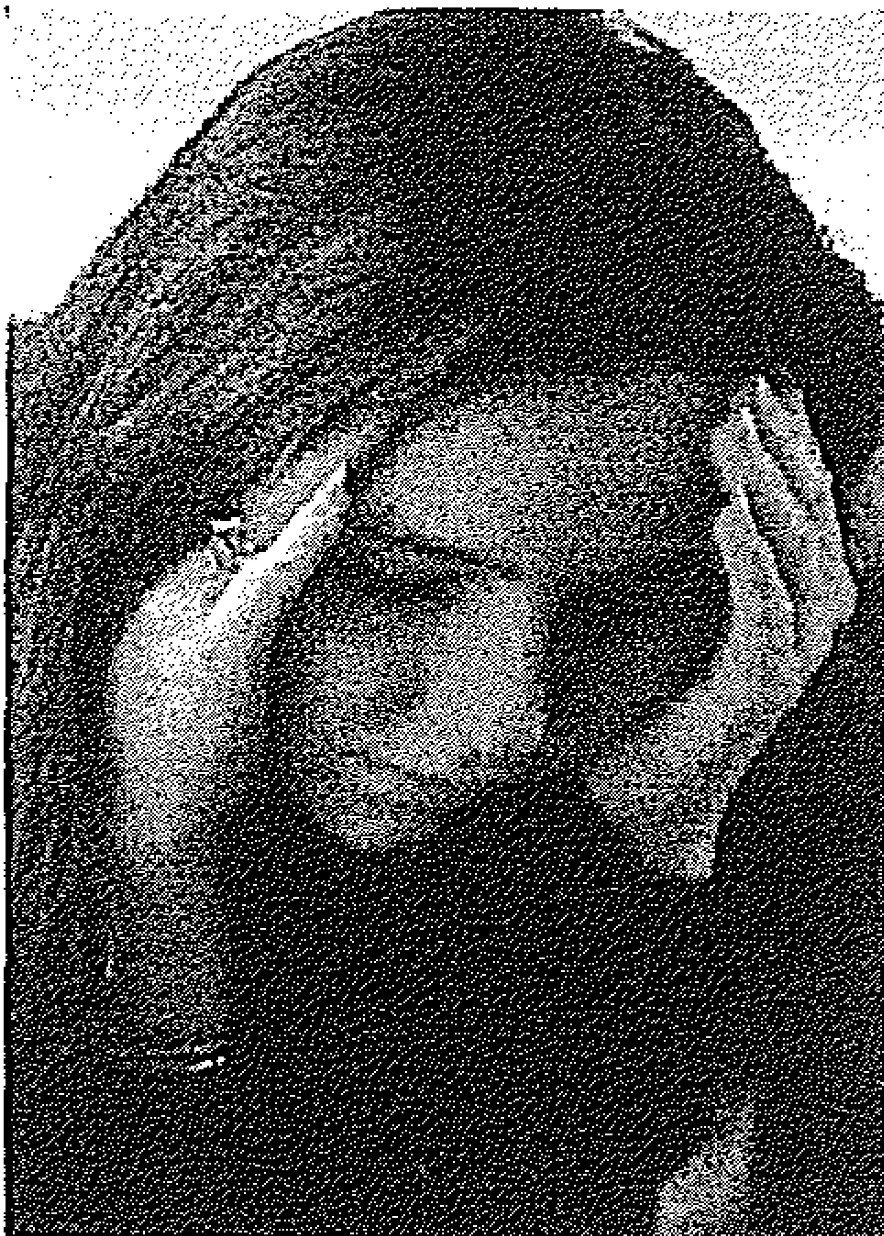
بينما تشير القضية الثانية الى السمو عن المشكلات الجسمية مقابل الانشغال بها Body transcenddence Vs body perception وهو في هذا الصدد يتناول نوعين من المسنين: نوع تعني لديه السعادة والراحة أن يكون بصحة جسمية جيدة بحيث يجلب اليه التدهور الصحي والالم والأسى. ونوع آخر يعاني من الآلام الجسمية. لكنه يتمتع بشكل واضح بالحياة. ويعتقد بيك Peck أن هذا النوع قد يكون تعلم السعادة والراحة من خلال اتباعه للعلاقات الانسانية والنشاطات الابداعية ذات الطبيعة العقلية التي يتدخل فيها تدهورهم العقلي فقط دون ان يعطلها.

أمـا القضيـة الثالثـة فتشـير الى السـمو بالـذات مقابـل الانشـغال بهـا Ego Transcendence Vs ego preocupation باعتبـار أن التكيف مـع احتمـالات الموت قد يكون اكبر انجاز يحققه الفـرد في حياته المتأخرة فـالأفراد المسنون الـذين يحققون نجاحـا في حياتهم المتـأخرة هـم الافـراد الـذين ينشـطون بهـدف السـموز فينـدمجون كليـة مـع المسـنقبل ويقـدمون جهدهم ليجعلوا العالم عالما سعيدا بالنسبة لاسرهم.

ويعد القصور الذي يصيب الفرد في بصره من ابرز التغيرات المصاحبة لكبار السن. ومن اكثرها تأثيرا في عمليات التوافق الاجتماعي والاقتصادي. كما يبدأ التنـاقص في حاسـة السـمع لـدى الانسـان تـدريجيا خـلال سـنوات الرشـد، وغالبـا لا يـتمكن الانسـان مـن ملاحظـة ذلـك. لأن معظـم الاصـوات تكـون عـادة فـوق عتبـة الاحسـاس. ومـع التقـدم في العمـر فانـه يحـدث ضـمور في الانسـجة العصـبية. ويكـون القصـور في السـمع اكثـر وضـوحا في الـذكور منـه لـدى الانـاث. ويـزداد شدو في الاذن اليسرى عنه في الاذن اليمنى.

ويؤدي التقدم في العمر الى نقص في حجم الغدة الدرقيةPituitry gland وتصبح اقل امدادا بالدم بالرغم من انها تستمر في أدائها لوظائفها عبر السنين. كما تنخفض افرازاتها من هرمـون الثيروكسـين Thyroxin ممـا يحـدث نوعـا مـن التنـاقص في المعيـار القاعـدي للتمثيـل الغـذائي. بـالنظر الى تـأثير هرمـون الثيروكسـين عليـه. ويعـرض المسـن الى مخـاطر تنـاقص درجـة حرارة الجسم.

ومع التقدم في العمر تحدث زيادة تخلل الرواسب الدهنية لهذه الغدد. كما يحدث نوع مـن التنـاقص في الانسـجة الأساسـية المكونـة لهـا. بحيـث لا يتبقـى سـوى عـدد قليـل مـن الخلايـا النشطة. كما تؤدي عدم كفاية الغدة الادرينالية لدى كبار السن الى تغييرات سلبية مصاحبة للشيخوخة. بحيث يؤدي الى ضعف عضلي وسرعة التعب وزيادة الامراض التي تصيب المسن بشكل حاد



ثالثاً: الحاجة الى الخدمات النفسية للفرد:

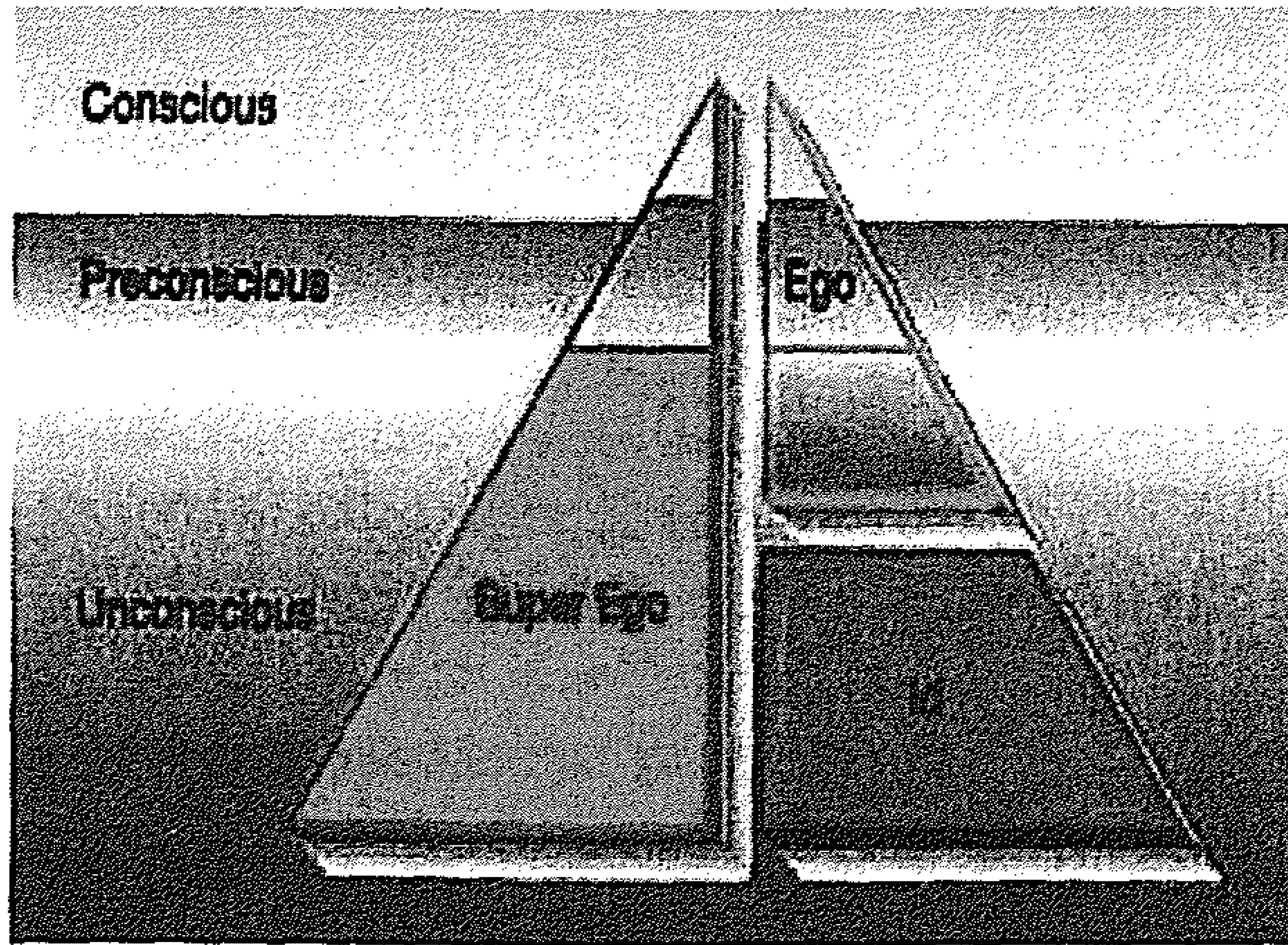
عزيـزي الـدارس: لعـل الحكمـة القديمـة الحديثـة في معرفة النفس الإنسانية كمدخل أساسي لمعرفة حال الإنسان وبيئتـه الاجتماعيـة مـا تـزال لهـا مصـداقيتها المؤثـرة. فلـيس هناك علم من العلوم اختلف فيه الناس، وازدادت نسبة الخطأ في فهمهم لـه، وتبـاين موضوعاته لـديهم مثـل موضوعات علم الـنفس. زد علـى ذلـك، تنوعـه وتشـعبه في موضـوعات متعـددة. فاختلط فهم الناس لموضوعات هذا العلم بين أمـراض نفسية

وأمراض عقلية، وبين علم نفس اجتماعي، وعلم نفس إكلينيكي، واختلطت معه دراسة السمات الشخصية للإنسان من ذكاء وإبداع وعبقرية ونقيضاتها.

إن تقدم الحياة الإنسانية وتعقدها، تجعل وجود عدد غير قليل من الناس يعانون من اضطرابات في سلوكياتهم. فهذا طفل في مدرسة ابتدائية يبدو عليه سلوك الخوف الشديد في كل مناسبة يتحدث فيها أمام معلمه، وآخر طالب في مدرسة ثانوية تشير نتائج امتحاناته النهائية إلى تفوقه في المدرسة. فيشرح صدره ويبدو عليه السرور والفرح. وثالث يقضي الليل بطوله، وهو يفكر كيف يحصل على لقمة العيش لأبنائه في صباح اليوم التالي. ومثل هؤلاء كثيرون من بني البشر ممن يعانون من مشكلات نفسية تتفاوت فيما بينهم في الضعف والقوة. وما هذه المشكلات وغيرها سوى صور بسيطة لحالات كثيرة من الاضطرابات في السلوك نشاهدها بين الناس في حياتهم اليومية. مما يجعل من العلاج النفسي ضرورة حتمية لا بد من التوسع فيه وإعداد المتخصصين له، وإنشاء العيادات النفسية المتخصصة التي تلحق بأماكن تواجد التجمعات البشرية من أجل تقديم الخدمات النفسية الضرورية للأفراد.

(3 – 1) اتجاهات نظرية في الصحة النفسية:

حاول الباحثون الاهتمام بالكائن الإنساني وصحته النفسية من اجل توفير قدر اكبر من السعادة. وتحقيق قدر اكبر من الأمن والاستقرار للمجتمع من حوله. فتعددت تعريفاتهم للصحة النفسية. فقد اشار الرفاعي (2001) الى تحديد مفهوم الصحة النفسية باتجاهين رئيسين هما: الاتجاه السلبي الذي يذهب إلى النظر في الصحة النفسية من حيث هي البرء من أعراض المرض النفسي أو العقلي. وهذا يعنى أننا نعرف الصحة النفسية بانتفاء حالة المرض لدى الفرد. فإذا كان الفرد مصابا كانت صحته النفسية مصابة. أما إذا كانت حالة المرض غير موجودة لديه. كانت صحته النفسية سوية وسليمة. ويذهب الاتجاه الثاني إلى النظر في الصحة النفسية ضمن عدد من الشروط التي تحيط بالوظائف النفسية التي تنطوي عليها الشخصية الإنسانية. وان قدرة الفرد في التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه يؤدي إلى التمتع بحياة خالية من الشكوى والاضطراب. وعلى ضوء هذين الاتجاهين فقد عرف



الرفاعي الصحة النفسية على انها: " حالة إيجابية توجد لدى الفرد وتظهر في مستوى قيام وظائفه النفسية بمهمتها بشكل حسن ومتناسق ومتكامل في وحدة الشخصية ".

1) **الاتجاهات النظرية في الصحة النفسية:**

تقوم نظرية التحليل النفسي على عدد من الاسس التي تعتبر بمثابة مسلمات هي:

- **الحتمية النفسية:** يشير منظروا التحليل النفسي الى ان لكل سبب نتيجة، وان لكل نتيجة سبب، فليس هناك نشاط يقوم به الكائن الحي دون ان يكون هناك سبب يدفعه الى هذا السلوك.

- **الطاقة النفسية:** هناك طاقة اساسية في الطبيعة وان هذه الطاقة قد تتحول الى انواع متعددة، اي انها تتخذ صورا مختلفة. والطاقة النفسية ما هي الا نوع او صورة من الطاقات. والانسان عبارة عن جهاز طاقة معقد. يستمد طاقته من الغذاء الذي يتناوله ليستخدمها لأغراض الادراك والتفكير والتذكر. ويمكن ان تتحول الطاقة الجسمية الى طاقة نفسية وبالعكس. اما كيف تتحول هذه الطاقة فهو امر غير معروف.

- **الثبات والاتزان:** الكائن الحي مزود بالقدرة على الاستجابة للمثيرات المختلفة، سواء كانت داخلية او خارجية. وان هذه القدرة هي صفة مميزة للحياة. وعندما يتعرض الانسان لمثير (حالة عدم اتزان) ، فانه يصبح في حالة استثارة وتوتر يحاول خفض مستوى الاستثارة قدر الامكان. او على الاقل يبقيها على مستوى ثابت عن طريق تفريغ الطاقة التي نشأت عن هذه الاستثارة. وهو ما يطلق عليه فرويد بمبدأ الثبات.

- **اللذة:** الجهاز النفسي كما يراه فرويد يعمل دائما بنية الوصول الى حالة اتزان، او مستوى منخفض من الاستثارة. فاذا تعرض الانسان لمثير داخلي او خارجي فان حالة الاستثارة التي يشعر بها تدفعه الى القيام بنشاط جسمي او عقلي معين حتى يتخلص من هذه الحالة ويعود لحالته الاولى قبل تعرضه للمثير. ويتحدث فرويد في هذا الجانب الى ان الانسان يجد لذة في الاتزان ويشعر بالضيق عند تعرضه لعدم اتزان وما يصاحبه من توتر.

وتحدث فرويد عن العلاقة التي تربط اجهزة الشخصية الثلاثة (الهو والانا والانا الاعلى) التي تحدد نوع سلوك الانسان. وغالبا ما يكون الصراع بين الهو (بمحتوياتها التي لا يقرها المجتمع) والانا الاعلى بما يمثله من صواب وخطأ. او بين المرفوض اجتماعيا والمقبول اجتماعيا. ويقع على الانا عبء الوصول الى مقر لهذا الصراع (Nevid, 2003) .

ورفض السلوكيون وجهة النظر التحليلية ويرون ان دراسة الخبرة الذاتية عن طريق التداعي الحر او تحليل الاحلام لا تؤدي الى حقائق علمية مقبولة ويصعب التحقق من صحة هذه المعلومات.

وتدور النظرية السلوكية حول محور رئيسي هو عملية التعلم والتي يشار اليها ب (م — س) حيث ان (م) هي المثير الذي يتعرض له الكائن الحي و (س) هي الاستجابة التي يستجيب بها الكائن الحي للمثير الذي تعرض له. وتعتبر المادة بمثابة المفهوم الاساسي في نظريتهم عن السلوك. وصاغوا عددا من المسلمات التي تقوم عليها تلك النظرية من ابرزها:

- ان علم النفس هو علم السلوك، والسلوك هو جميع أوجه النشاط التي يقوم بها الفرد ويمكن ملاحظتها. وبالتالي فان هذا العلم يعتمد على البيانات التجريبية والدلالات التي يمكن ملاحظتها.
- يمكن اختزال سلوك الانسان الى عمليات فسيوكيميائيةبحيث يمكن تفسير السلوك في ضوء ما يحدث من تغيرات فسيولوجية ونبرولوجية بحيث يصبح سلوك الانسان عبارة عن تنظيمات من وحدات صغيرة يعبر عنها بالمعادلة (م — س) والارتباط بين المثير والاستجابة ارتباط فسيوكيميائي.
- يسلم السلوكيون بالحتمية النفسية اي حتمية حدوث الاستجابة. اذا تعرض الانسان لمثير ما. وان من الممكن التنبؤ بنوع الاستجابة التي سيثيرها مثير معين.
- العوامل البيئية عوامل رئيسة تعمل على تكوين شخصية الفرد.

ينظر السلوكيون الى الانسان كتنظيم معين من عادات اكتسبها او تعلمها. ويؤكدون على اهمية العوامل البيئية التي يتعرض لها الفرد في اثناء نموه. والاضطراب الانفعالي الاجتماعي هو نتيجة لعامل من العوامل التالية:

- الفشل في تعلم او اكتساب سلوك مناسب.
- تعلم اساليب سلوكية غير مناسبة او مرضية.
- مواجهة الفرد بمواقف صراعية تستدعي منه القيام بعملية تمييز واتخاذ قرارات يشعر بأنه لا يستطيع القيام بها.

ان الصحة النفسية من وجهة النظر السلوكية هي في اكتساب الفرد لعادات مناسبة وفعالة تساعده في معاملة الاخرين. وعلى مواجهة المواقف التي تحتاج الى اتخاذ القرارات.

ويعتمد المنحى الوجودي في علم النفس على المنحى الفينومونولوجي في نظرته الى الانسان. "الذي يدرس خبرتي وخبرة الاخرين والعلاقة بين خبرتي عنك وخبرتك عني. كما يهتم بدراسة سلوكك وسلوكي كما اخبره وسلوكك وسلوكي كما تخبره انت؟ ويصف منظروا الوجودية انسان هذا القرن في عمله واغترابه بأنه "غريب عن الله، وغريب عن الاخرين وغريب عن نفسه ويدفعه الاطار الاجتماعي الذي يعيش فيه الى ادراك هذه العزلة الوجودية او الاغتراب الوجودي الى وقوعه صريعا للقلق الوجودي ومن ثم للاضطراب النفسي".

ويرى روجرز وماسلوا (المذهب الانساني) بأن الانسان خير: وما يبدو عليه من عدوانية وانانية هي بمثابة انانية اعراض مرضية ونتيجة لما يتلقاه الفرد من احباطات مختلفى او انكار لحقه في ان يحقق انسانيته. والانسان حر في حدود معينة: في اتخاذ ما يراه من قرارات. واختيار ما يناسبه من اجوبة على النشاط. وقد تكون هناك مواقف وظروف تحد من حريته غير انه يبقى للانسان الحرية في اتخاذ ما يراه من قرارات. حيال ما يحد من حريته. وهو كائن حي في نشاط مستمرويرنو دائما الى الافضل. والافضل هو ان يحقق انسانيته.

ويؤكد اصحاب هذا المذهب على دراسة الخبرة الحاضرة للفرد كما يدركها من يمر بها وليس كما يدركها الاخرون. ويلجأون في دراستهم الى اساليب متعددة. فقد يستخدمون الملاحظة المنظمة ودراسة الحالة والتقارير الذاتية او الاستفتاءات وغير ذلك من اساليب يعبر فيها من يمر بالخبرة عن خبرته.

(3 – 2) الانسان بين السواء وعدم السواء:

حاول الباحثون تحديد المعايير الخاصة بتقييم الصحة النفسية والتفريق بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. فاستخدموا اكثر من معيار لتحديد هذا التقييم بالرغم من أن كل معيار من هذه المعايير يعاني نقصا يجعله غير صالح للاستخدام بمعزل عن المعايير الأخرى.

ويشير مفهوم الصحة النفسية إلى القاعدة الإحصائية المعروفة بالتوزيع الاعتدالي التي تقوم على التوزيع ذي الحدين، فيأخذ التوزيع خلال منحنى جرسي ويمثل درجة انتشار أو تكرار ظهور خاصية معينة بين أفراد مجموعة كبيرة من الناس. وبمقتضى هذا التحديد. يعتبر الشخص متوافقا ويتمتع بالصحة النفسية والشخص الذي يبتعد عن المتوسط شاذا. وكل صفة إنسانية يمكن تحديدها وقياسها تصلح للخضوع لهذا النوع من التحليل.

ويرى المعنيون بالنواحي الاجتماعية، إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية. ويشيرون في هذا الصدد إلى ان المجتمع يضم مجموعة من العادات والتقاليد، ولأداء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم. فإذا ما خرج الأفراد على هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذا. واعتمادا على هذا المعيار فان هناك أشكالا من

السلوك، تعتبر شاذة في بيئة اجتماعية ولا تعتبر كذلك في بيئة اجتماعية أخرى. وبالمقابل هناك أشكال من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات. وبناء على ذلك فان هذا المعيار رغم اهميته، غير كاف وحده كأساس لتحديد السلوك غير السوي.

ويرى كل من موس Moss وهانت Hunt اننا ننظر إلى الناس، ونلاحظ تصرفاتهم فنحكم عليها على أنها سوية. إذا كانت تنسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، وغير سوية إذا كانت تختلف عن افكارنا وآرائنا. وان اكثر ما يكون السلوك سويا بالنسبة لنا. هو ما كان يتلاءم مع ما نرغب فيه من وجهة نظرنا الشخصية بينما يكون الشاذ نقيضه. (عبد الغفار، 2007)

وقدم كولمان Coleman معيارا آخر لتحديد السلوك السوي من الشاذ أطلق عليه السلوك التواؤمي. ويشير في هذا الصدد إلى أن أفضل معيار لتحديد السلوك السوي من الشاذ، لا يكون في مدى تقبل المجتمع لسلوك معين أو رفضه له. وانما يكون في مدى ما يوفره هذا السلوك من نمو وتحقيق لإمكانات الفرد والجماعة. وعليه، فان استمرار حياة الفرد وإمكاناته أمر له قيمته بالنسبة للفرد نفسه وللجماعة. ويمكن تقويم سلوك الفرد على أساس ما حققه من أهداف سابقة.

ويستخدم علماء النفس الاكلينيكيينمعيار المشاعر الذاتية للفرد" القسر الذاتي:"Personal distress على اعتبار ان معظم الذين شخصوا كمرضى نفسيين يشعرون بالبؤس والقلق والاكتئاب وفقدان الشخصية. بالإضافة إلى أعراض مرضية مختلفة أخرى. وان القسر الذاتي كان هو المرض الوحيد بالنسبة إليهم. كما أن السلوك العصابي يظهر عاديا جدا للمراقب الخارجي العادي ولا يمكن الحكم عليه من مظاهره الخارجية. إلا ان بعض أشكال المرض تنطوي على قسر ذاتي كحالات المرض النفسي " الشخصية السيكوباتية " أو الانحرافات الخلقية. (عبد الغفار، 2007)

(3 – 3) النمو الانساني وعملية التكيف:

يعبر عن النمو النفسي للفرد بالمراحل التي يمر بها في سني حياته المختلفة. وتنمو فيها انفعالاته ورغباته واستعداداته وتستكمل شخصيته. ويتم هذا في اطار صحته النفسية بوجه عام. وتبدو مظاهر النمو النفسي للفرد في ثلاثة جوانب رئيسية هي:

يعرف التكيف على انه مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي او سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة او خبرة جديدة. وهو عملية ديناميكية مستمرة يستهدف بها الفرد تعديل سلوكه ليحدث علاقة اكثر توافقا مع بيئته. وقد أشار اليه مرسي (1996) بأنه القدرة على ايجاد العلاقات المشبعة بين الفرد وبيئته، سواء كانت هذه البيئة

طبيعية أو ثقافية او اجتماعية. الا ان هناك عددا من العوامل التي تؤثر بشكل كبير في احداث التكيف لدى الفرد من ابرزها:

- توافر المهارات اللازمة لدى الفرد لاشباع حاجاته الاساسية.
- معرفة الانسان بنفسه (حدوده وامكانياته) التي يستطيع من خلالها اشباع حاجاته، وان يدرك قدراته ومهاراته واستعداداته.
- ان يتقبل الانسان نفسه بواقعية.
- المرونة والتوافق بالنسبة للمؤثرات المتغيرة.
- المسالمة وتجنب الصراع.

ويعبر عن النمو النفسي، بالمراحل التي يمر بها الفرد في سني حياته المختلفة بحيث تنمو فيها انفعالاته ورغباته واستعداداته. وتستكمل شخصيته. ويتم كل ذلك في اطار صحته النفسيسة بوجه عام. وتميل الكائنات الحية الى تغيير نشاطاتها استجابة لما يحدث في بيئتها من تغير. وعندما يطرأ أي تغير على البيئة التي يعيش بها الكائن. فانه يعدل من سلوكه وفقا لهذا التغير. ويبحث عن وسائل جديدة لاشباع حاجاته. فاذا لم يجد اشباعا لهذه الحاجات في بيئته. فانه، اما ان يعمل على تعديلها او يعمل على تعديل حاجاته. ان هذا السلوك أو الاجراء يسمى تكيف Adjustment. وقد عرف التكيف: باعتباره مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي او سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة او خبرة جديدة (الرفاعي، 2001) .

ومفهوم التكيف مفهوم بيولوجي. استند اليه داروين في نظريته في التطور وبقاء الأصلح. وقد استعار علم النفس المفهوم البيولوجي للتكيف ليستخدم في المجالات النفسية والاجتماعية للانسان. فالفرد يتلاءم مع بيئته النفسية والاجتماعية مثلما يتلاءم مع بيئته الطبيعية.

1) مؤشرات التكيف:

توجد مؤشرات يمكن الافادة منها في استدلالنا على التكيف والصحة النفسية للفرد. من أهمها:

- مدى تقبل الفرد للحقائق المتعلقة بقدراته وامكاناته: وعلينا أن نسأل هنا: الى أي حد يدرك هذا الشخص حقيقة وجود الفروق الفردية بين الناس ومدى اتساع هذه الفروق؟ وكيف يتصور هذا الشخص نفسه بمقارنته بالآخرين؟ وما هي فكرته عن حدود قدراته وميزاته الشخصية وما يستطيعه وما لا يستطيعه؟
- مدى استمتاع الفرد بعلاقاته الاجتماعية: ان نجاح او فشل الفرد في اقامة علاقات مشبعة في مجال الاسرة والصداقة والزمالة هو أحد المعايير الأساسية للتكيف والصحة النفسية.

- مدى نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه: ولابد من وضع الفرد المناسب في العمل الملائم من أجل المواءمة بين الفرد والعمل. ففي ذلك تحقيق للصحة النفسية والتكيف السليم.
- مدى كفاءة الفرد في مواجهة مشكلات الحياة اليومية: ذلك أن درجة مواجهة المشاق وتحمل الصعاب من أهم مقاييس الصحة النفسية واحدى المؤشرات الهامة للتكيف السليم. حيث يختلف الأفراد فيما بينهم في القدرة على تحمل المشاق ومواجهة مشكلات الحياة اليومية.
- تنوع نشاط الفرد وفضوله: هناك فرق كبير بين أن تكون اهتمامات الفرد ضيقة ومحدودة. وبين أن تتسع اهتماماته وميوله لتشمل نواحي الحياة المختلفة. فاذا صادف الفرد احباطا او فشلا في حياته عند محاولته تحقيق هدف معين. فانه اذا لم يكن قد اختار هدفا آخر في الحياة، واكتفى بتركيز كل آماله على هذا الهدف. فانه سينهار فعلا. وستظل حياته مفتقرة الى الاشباع باستمرار. أما اذا اتخذ الفرد لحياته أهدافا واهتمامات متنوعة متعددة. فانه اذا ما فشل في تحقيق أحد هذه الاهتمامات، فانه يستطيع تعويض ذلك عن طريق الاهتمام بالأهداف الأخرى حتى يتمكن من تحقيق التكيف في حياته.
- اشباع الفرد لدوافعه وحاجاته: تحرك الفرد في كل مرحلة من مراحل حياته دوافع وحاجات أساسية. بعض هذه الحاجات فزيولوجية في طبيعتها والبعض الآخر نفسية اجتماعية. واشباع هذه الحاجات والدوافع من الضرورات الأساسية لدى الفرد. من اجل تحقيق التكيف والشخصية السوية والصحة النفسية السليمة.
- ثبات اتجاهات الفرد: ولا يتحقق ثبات اتجاهات الفرد ومواقفه الا مع توافق خط فكري واضح وخلفية فلسفية عميقة تصدر عنها أحكام الفرد وتصرفاته المختلفة. وهذه العملية تيسر عليه ان يتصرف بصورة تلقائية تقريبا بالنسبة لأغلب الموضوعات والقضايا التي تعرض له.
- تصدي الفرد لمسؤولية افعاله وقراراته: ولاشك في أن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية أفعاله. وما يتخذه من قرارات هو احدى علامات التكامل والصحة النفسية في آن واحد. كما ان التهرب من المسؤولية هو دلالة على عدم تفاعل النضج الانفعالي. وان المسؤولية ترتبط ارتباطا وثيقا بالنضج والرشد.

الا ان هذه الخصائص المميزة للشخصية السوية تصطدم في غالب الأحيان بعدد من العوامل التي تساعد في احداث سوء التكيف لدى الفرد. ولما كان التكيف يمثل مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي وسلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة او خبرة جديدة. وأن لردود الفعل هذه عوامل عديدة (الرفاعي، 2001)

فالحاجات الأولية والشخصية للفرد المتمثلة في كل من حاجته الى الطعام والشراب والراحة والتخلص من الفضلات بحيث لا يستطيع البقاء دون اشباعها. اما حاجاته الشخصية فتتمثل في حاجته الى المحبة والنجاح والتقدير والاحترام.. الخ. وكلما قل اشباع الفرد لهذه الحاجات، كلما ازداد توتره، وعدم اتزانه الانفعالي. وغلبت عليه ظاهرة الاضطراب التي تضعف قدرته على التوافق.

وان عددا كبيرا من نواحي الاضطراب وعدم التوافق ناتجة عادة من الشروط الفسيولوجية والبيولوجية لبناء الجسم نفسه. فقد يؤدي ضعف عضو في الجسم: كالسمع او البصر الى ابتعاد الفرد نحو العزلة. كما قد يؤدي افراز الغدد في الجسم الى اضطراب في حساسية الفرد ونشاطه مما قد يخلق عددا من المشكلات المرضية بالنسبة له. وللمظاهر الجسدية والشخصية للفرد أثر في حدوث اضطراب في شخصيته. مما تساعد على عدم توافقه وتكيفه.

وتعتبر مرحلة الطفولة من اهم المراحل التي يمر بها الفرد في حياته حيث تتشكل قدراته وانماط سلوكه، وشخصيته. وان تلك الخبرات التي يمر بها تمثل القاعدة الاساسية في تكيفه او عدمه.

وبالرغم من ان الغالبية العظمى من الافراد يميلون في مستوى ذكائهم نحو الوسط. الا ان عددا قليلا منهم يميلون نحو الابداع والتفوق او نحو الضعف العقلي. وان هذا التفاوت في القدرة العقلية يشكل ميدانا واسعا لحالات سوء التوافق للفرد. وان التفاوت في المستويات الثقافية والاجتماعية لدى الافراد. تؤثر هي ايضا في مستوى التوافق لديهم.

كما أن موقف الانسان من نفسه في عدد من العوامل الهامة. كمكانة معرفة الانسان بقدراته وامكاناته من حسن تكيفه، وتقبل الانسان ماعنده او رفضه وعدم القبول به، وتقدير الانسان لمكانته بين اقرانه.

وتمر المجتمعات الانسانية بفترات تاريخية تغلب عليها صفة الفوضى والاضطراب وانعدام الأمن مما ينعكس هذا على افراد المجتمع بأشكال مختلفة من سوء التوافق. وبازدياد استخدام وسائل الاعلام اليومية في حياة الناس وازدياد التنافس على تقديم المسلسلات والبرامج المثيرة، فانه يخلق اشكالا مختلفة من سوء التوافق. وان عددا كبيرا من حالات الاضطراب النفسي ناتجة بشكل مباشر لصدمة او خبرة مفاجئة. وان أيا من العوامل السابقة ما هي الا التربة التي هيأت هذا الاضطراب وعمقته في نفس الفرد وقللت بالتالي من قدرته على التوافق السوي والسليم.

ان الفرد السوي هو الفرد الذي يقف من المشكلات موقفا ايجابيا بناءا. بمعنى أنه يواجه العوامل التي تسبب المشكلات. ويحاول – في حدود امكانياته – أن يزيل هذه العوامل او يتغلب

عليها. وذلك عن طريق مواجهتها مواجهة موضوعية. والفرد غير السوي أو غير المتكيف هو الفرد الذي لا يستطيع أن يحقق هذه الصفات العامة في سلوكه. فهو لا يعالج العوامل الأصلية التي تسبب المشكلة. بل يعالج مظاهرها فقط. بمعنى أنه يحاول ان يخفف من حدة التوتر الناشىء عن المشكلات التي يواجهها في المجتمع باستخدامه أحد الأساليب التالية:

والأساس في انعدام التكيف السوي هو وجود صراع انفعالي لا شعوري ينشأ من خلال عدد من العوامل البيولوجية والبيئية والنفسية المحيطة به. ويمثل الصراع أحد الخواص اللازمة للحياة في سن معين وفي كل مرحلة أو كل طبقة اجتماعية. الا أن انواع الصراع تختلف فيما بينها. فبعضها يكون عميقا. وبعضها الآخر قوي. كما أن بعضها يكون شعوريا، وبعضها الآخر لا شعوري.

ولا بد عند النظر الى العوامل النفسية التي تؤثر في التوافق من توضيح عدد من العوامل النفسية التي تتوسط الظروف الاجتماعية للفرد. وتساعد في خلق عدد من الانحرافات السلوكية التي تساعد الفرد في جعله غير متكيف.

أ. الاحباط:

يشير الاحباط الى العملية التي تتضمن ادراك الفرد لعائق يحول دون اشباع حاجاته أو تحقيق هدفه أو توقع الفرد حدوث هذا العائق في المستقبل. ويحدث الاحباط حين يواجه الفرد عقبات تقف في وجه اشباعه لحاجاته. كفقدان الدخل أو عدم وجود دخل كاف يسمح بشراء ما هو مرغوب. وفي بعض الحالات يكون الدخل نفسه هو الأمر المرغوب، لانه قد يمثل بطريقة رمزية الأمن او المركز او القوة. أو اصابته بعاهة أو أوجه القصور الجسمي أو النقص العقلي او البعد الجغرافي او الحواجز المحسوسة كالسياج او نحوه والشيخوخة.

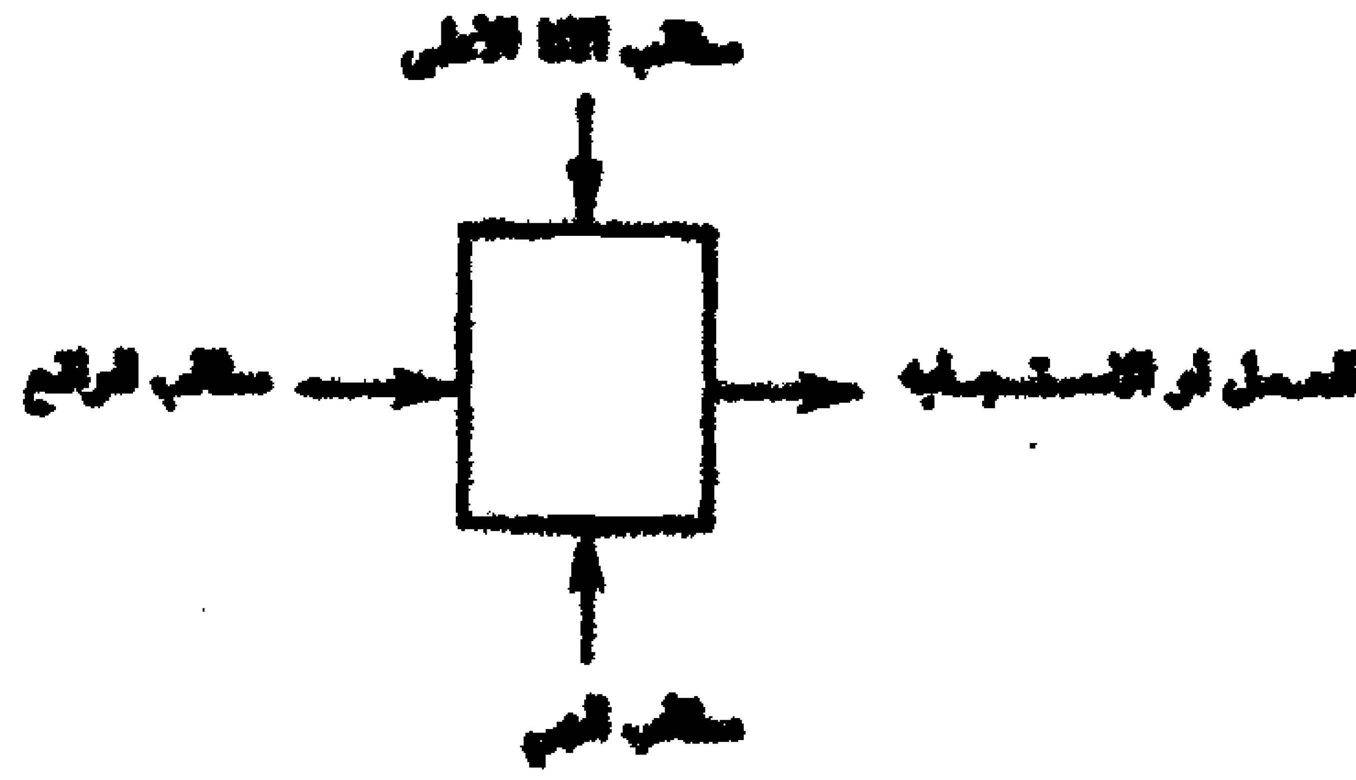
وقد تتسبب القواعد والقوانين، العادات، معايير المؤسسات، اتجاهات التحيز أو التعصب عند الناس. وظروف العمل، ومتطلبات الترقية، ولوازم الانتاج، والعلاقات بين العاملين، أو الأشخاص، ومنافسة الآخرين، وعدم فهم الآخرين للمرء أو مشاركتهم لشعوره، وفرط الاهتمام من قبل الوالدين لمجرد أن للآخرين حاجاتهم كذلك.

ب. الصراع:

يعرف الصراع، بأنه حالة يمر فيها الفرد لا يستطيع ارضاء دافعين معا. ويكون كل دافع منهما قائما لديه. ويحتل الصراع مكانة هامة بالنسبة لسوء التوافق. لأنه قد يكون الطريق لحالات الشذوذ عند الفرد. وان كثيرا من حالات الصراع تنشأ بسبب ما يضعه المجتمع من موانع وعراقيل في وجه الكثير من الدوافع القوية التي يحملها الأفراد معهم. وأن الموقف الذي يكون فيه

الفرد بين تجاذب عدد من القوى يدعوه الى التكيف معها. وقد تتم عملية التكيف بسرعة. وينقضي الصراع عندئذ. وقد تتأثر. ومن الممكن للصراع عندئذ ان يكون مصدرا يزعج الشخص ويضايقه. ومن الممكن للصراع كذلك ان يتطور الى ما هو أشد من ذلك.

وتحدث فرويد عن الدوافع المتصارعة لدى الفرد، وانها لا ترجع دائما الى جانب واحد.



فقد يحدث الصراع بين دوافع الهو حين ينطوي الهو على دافعين يسعى كل منهما نحو غرضه، ولا يمكن تحقيق الغرضين معا. والى هذا النوع يعود الصراع بين دافع الجنس ودافع الجوع، والصراع بين دافع الجنس ودافع الخوف من نتائج مجهولة.

ويشير فرويد في هذا الصدد الى ان الدوافع اللاشعورية المتعارضة كثيرا ما تسعى الى ايجاد حل وسط يكون مخرجا مناسبا لكل من الدافعين المتعارضين.

وغالبا ما تكون دوافع الأنا الأعلى لدى الفرد مما لايمكن التوفيق بينه وبين الحاجات الأولية للهو. وهنا نجد الصراع قائما بين الهو والأنا الأعلى. ففي الطفولة المبكرة يعبر الفرد عن حاجاته الأولية بطريقة بسيطة ومباشرة لا تفيدها اعتبارات الزمن والمكان والبيئة الاجتماعية. انه يشبع حاجاته بطريقة مباشرة، او يعبر عن وجودها بطريقة مباشرة بهدف اشباعها. ولكن التدريب الاجتماعي وأوامره ونواهيه توجد تدريجيا عوائق أمام ذلك النوع من الاشباع السهل.

وقد يحدث أحيانا صراع بين قيمة أخلاقية وأخرى أو بين معيار اجتماعي وآخر مما ينطوي عليه الضمير. أو بين واجب وآخر. كالصراع لدى الشاب بين واجبه نحو الأم وواجبه نحو الزوجة حين يدب الخلاف بين الاثنتين. والصراع لدى القائد بين واجبه نحو الجندي المرهق وواجبه نحو كسب المعركة في الدفاع عن أرض الوطن.

ويمكن النظر الى الصراع من حيث ما يتم من تفاعل بين الفرد ومحيطه. فيحدث الصراع في حالات بين دوافع أو حاجات داخلية. وتكون الصبغة الغالبة فيه تعارض هدف أو غرض دافع مع غرض دافع آخر. وذلك، دون أن تكون شروط الواقع حول الشخص.

ويغلب في حالات الصراع لدى الفرد أن تجتمع فيها حاجات أو دوافع داخلية وحاجات أو دوافع تثيرها مباشرة مطالب خارجية محيطة. ويكثر أن يأخذ هذا الصراع شكل صراع بين مجموعتين من الدوافع. مثال ذلك: حاجة الجندي الى الماء الموجود خارج المكان الذي يحتمي فيه

وشعوره بوجود عدو ينتظر خروجه. وحاجة الطفل الى تناول قطعة من الحلوى ووجود من يوقع عقابا فيه ان هو فعل ذلك.

ج. القلق:

يلاحظ القلق عند الأشخاص في مناسبات مختلفة من حياتهم. فيلاحظ مثلا لدى طالب الجامعة قبل الامتحان وخاصة عندما يكون استعداده للامتحان غير كاف. والعاملين في ميادين التجارة حين تلوح تباشير أزمة اقتصادية. والقائد قبل بدء المعركة. وبخاصة حين تكون بعض المعلومات عن تحركات عدوه غير متوافرة لديه. وعدد كبير من الناس المهتمين بالقضايا العامة لوطنهم حين تبدو في الأفق بوادر ثورة داخلية. والأب وهو ينتظر المولود الجديد. والابن وهو ينتظر رد فعل أبيه على نتيجة امتحاناته غير المرضية.

ويبدو القلق في كل حالاته على شكل توتر واضطراب لدى الشخص امام حادث ينتظر أن يقع، وان يواجهه بالخطر. كما يبدو القلق على درجات تتفاوت في الشدة. فهو يتفاوت بين حالة التوتر الداخلي الخفيف وحالات الاضطراب الشديد. وهو طبيعي في درجاته البسيطة. ولكنه ليس كذلك في مستويات اشتداده.

ويشير القلق الى: حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده. وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فزيولوجية مختلفة. ويرى فرويد: ان القلق رد فعل لحالة خطر. بينما تراه هورني Horney استجابة انفعالية لخطر يكون موجها الى المكونات الأساسية للشخصية. ويشير اليه مي May باعتباره ادراك لتهديد موجه نحو قيمة ما يتعبرها الفرد أساسية في وجوده كشخص. ويعرفه ماسرمان Masserman بأنه حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد وراء التكيف. ويراه يونج Jung على أنه رد فعل يحدث عند الفرد حين تغزو عقله خيالات صادرة عن اللاشعور الجمعي.

ويعاني كل شخص من ضغط القلق في فترات مختلفة من حياته. وبالتالي، فالقلق حالة عامة. والقلق العام منه نوع خفيف يظهر على شكل اشارة تحفزنا الى اطلاق الطاقات الداخلية بغية الدفاع عن الذات وحفظها. أما القلق العصابي فليس عاما. وانما هو حالة خاصة تستدعي الرعاية والعلاج. واستعداد الشخص للقلق ليس دليل شذوذ عنده. بل هو وسيلة في سعيه وراء التكيف. ويظهر الناس تفاوتا في القلق وشدته. فالأشخاص الذين تكون ثقتهم بأنفسهم شديدة وقائمة على خبرة واسعة ويكونون أقوياء محبوبين يكون مدى بعدهم عن القلق أوسع من مدى الذين تكون ثقتهم بأنفسهم ضعيفة ويكونون غير محبوبين.

د. الكبت:

مما يزيد الأمر تعقيدا بالنسبة للقلق عملية أخرى تعتبر نتيجة له. كما تعتبر مسؤولة عن ذلك الغموض الذي يحيط بأسبابه ومصادره. وهي عملية الكبت. ويعني الكبت: استبعاد الدوافع المثيرة للقلق من الشعور. فعندما يعاقب الأبوان ابنهما لفعل خاطىء. فان الدوافع لارتكاب هذا الفعل يصبح مثيرا للقلق. ولما كان للقلق نفسه صفة الدافع. لذلك، فان القلق في هذه الحالة يدفع الى عدم استجابات للتخلص من هذا المثير. وبما أن المثير في حالة القلق هو مثير داخلي وليس خارجيا. فان الاستجابات التي يمكن أن تحقق هذا الغرض لا تخرج عن أحد الاختصاصات الثلاثة التالية:

1. الهروب من المثيرات أو المواقف التي تثير هذه الدوافع. وهذا غير ممكن اذ يستحيل على الشخص أن يهرب من هذه المواقف حيث أن الثقافة التي تعيش فيها مليئة بمواقف التنافس والاحباط والعدوان وغير ذلك. مما يرتبط اما بالدوافع الأولية أو الدوافع المكتسبة التي اقترنت بالعقاب أثناءعملية التطبيع "التنشئة الاجتماعية".
2. قمع هذه الدوافع: وهذا غير ممكن أيضا لأن القمع عملية تتطلب توافر القدرة على الحكم والاستدلال والمقارنة. وغير ذلك من العمليات العقلية العليا. التي لا تكون قد نمت او نضجت بعد عند الطفل أثناء عملية التطبيع الاجتماعي.
3. كبت هذه الدوافع: وهذا ممكن عن طريق استبعاد هذه الدوافع من الشعور أو من القدرة على التعبير اللغوي سواء في ذلك اللغة الظاهرية، أو اللغة الداخلية "أي التفكير".

ولما كانت انفعالات الفرد وتوتراته. تمثل استجابات تعتمد اساسا على ادراكه للمواقف الضاغطة. بحيث تشمل عددا من ردود الفعل الفزيولوجية والنفسية لمواجهة الموقف. فقد أشارت الدراسات العديدة على الدور الكبير الذي يلعبه الدماغ ممثلا بأجزائه الثلاثة:الهيبوثلاموس، والجهاز الطرفي، والفص الجبهي. في التحكم في حالات القلق والتوتر للفرد.

ونتيجة لتعرض الفرد لموقف ضاغط. تتغير قوة وسرعة ضربات القلب حسب الموقف الضاغط. وتتغير وظائف الكلية ونسبة الماء والاملاح في الجسم. ويزداد افراز الماء والاملاح ويكثر التبول. ويلاحظ أنه خلال عمليات الاجهاد النفسي، تزداد كثافة الدم. وتصبح امكانية الاصابة بالتجلط واردة. ويزداد الجهاز العصبي توترا وتتحول الى تغيرات لا ارادية تحت الموقف الضاغط. ويسرع التنفس او يبطء. ويزداد عمقا او يصبح سطحيا تبعا للحالة الانفعالية المصاحبة للموقف الضاغط. ولحركات التنفس اثر بالغ في تغير نبرات الصوت وسرعة الكلام وشدته. وتنشط الغدتان المجاورتان للكليتين في الخوف والغضب والتهديد بخطر مفاجىء. فتفرز كميات كبيرة

من الأدرينالين. ويزداد انتاج الكبد للسكر الذي يغذي العضلات. ويزيد من نشاطها. كما أن هناك علاقة قوية بين المواقف الضاغطة وكمية جريان الدم.

ولما كان القلق الناجم من مواقف الاحباط والصراع والكبت يمثل حالة غير سارة لدى الفرد. فقد استخدم فرويد Freud مصطلح ميكانزمات الدفاع Defense mechanism للاشارة الى العمليات اللاشعورية التي تحمي الفرد ضد القلق والتي يمكن تصنيفها في ثلاثة أساليب هي:

1. أساليب الدفاع الهجومية: وتشتمل على أساليب التعويض الزائد Excessive compensation، والتبرير Rationalization، والاسقاط Projection، والتقمص Identification، والنقل Replacement.
2. الأساليب الانسحابية: وتشتمل على أساليب الانعزالية والانزواءIntroversion، والتخيل وأحلام اليقظةFantasy، والنكوص Regression
3. الأساليب الاستعطافية: وتشتمل على أساليب الهستيرياHysteria، والوسواسObsession، والقهرCompulsion، والفوبيا أو المخاوف المرضية Phobia:

٥. المواقف الضاغطة:

ركز الباحثون في دراساتهم عن الضغط حول الاحداث الضاغطة واصطلحوا عليها مسببات الضغط Stressors والتي تتضمن الضجيج، والاكتظاظ، والعلاقة الاجتماعية السيئة، والخضوع لمقابلات عدة من اجل البحث عن عمل. او تغيير العمل. وقد ساعدت دراسة مسببات الضغط على تحديد بعض الظروف التي يمكن احتحدث الضغوط اكثر من غيرها.

ويمكن النظر إلى الضغوط من عدة جوانب فينظر إلى الضغوط من حيث هي استجابة للتهديد: حيث يربط الباحثون بين الضغوط، والبقاء للإنسان معتبرين الضغوط سببا من أسباب بقاء الإنسان لما يترتب عليها من محاولة الدفاع عن النفس، والبحث عن وسائل الحماية والتكيف. كما ينظر للضغوط من حيث هي عوامل داخلية متعلقة بالفرد: باعتبار ان ضغوط العمل تمثل دافعا للفرد نحو البقاء. الا ان المصادر المسببة للضغوط لا تأتي بالضرورة من خارج الفرد. فقد تكون كامنة في طبيعته حيث تمثل مصدر ضغوط له تدفعه الى محاولة التكيف مع العالم الخارجي.

ويؤثر الضغط على الأفراد باشكال مختلفة، الا ان احد الاعراض التي يشعر بها الجميع هو الشعور بالقلق. وما عدا ذلك، فان الشعور في الضغط يختلف من شخص الى آخر. وهناك فرق بين الناس الذين يكون رد فعلهم عصبيا مثل فقدان السيطرة، وبين الافراد الذين يكون رد فعلهم

جسديا مثل تعرضهم للقرحة. ولكن ولأسباب غير معروفة، فان كل شخص قد طور ردا مختلفا للضغط على المستوى النفسي والجسدي.

يؤدي التعرض للضغط الى تدخل كبير قد تنشأ عنها آثار قصيرة الأمد او طويلة الأمد على الصحة. من قبل اثنين من اجهزة الجسم التي تتبادل التأثير هما: الجهاز العصبي السمبثاوي المنشط لنخاع الادرينالية(SAM) Sympathetic adrenomedullary واجهزة ما تحت المهاد والغدة النخامية المنشطة للقشرة الادرينالية Hypothalamic – Pituitary – Adrenocortical (HPA) بحيث تشكل ردود الافعال الناتجة عن التعرض للضغط. فيتم ادراك الاحداث التي يواجهها الفرد وتصنيفها بأنها مؤذية أو مهددة عن طريق القشرة الدماغية التي تقوم بدورها بوضع الاساس لسلسلة من ردود الافعال التي تتقرر بفعل هذه التقسيمات. اذ تنتقل المعلومات من القشرة الدماغية الى الهيبوثلاموس / تحت المهاد Hypothalamus الذي يبادر الى القيام بواحدة من اكثر الاستجابات المبكرة لدى التعرض للضغط. كما يؤدي تنبيه الجهاز السمبثاوي الى استثارة نخاع الغدة الادرينالية التي بدورها تفرز الكاتيكولامينات Catecholamines والابينيفرين Epinephrine والنورابينيفرين Nor – Epinephrine التي تؤدي بالشخص الى مشاعر الضيق التي يمر بها في العادة كرد فعل على التعرض للضغط. وتقود الاستثارة السمبثاوية الى زيادة ضغط الدم، وتسارع ضربات القلب، وزيادة التعرق وتضيق الاوعية الدموية الذاتية.

وبالاضافة الى تنشيط الجهاز العصبي السمبثاوي، فانه يتم تنشيط أجهزة الهيبوثلاموس والغدة النخامية المنشطة للقشرة الادرينالية (HPA) . فيقوم الهيبوثلاموس باطلاق العامل المحفز للقشرة(CRF) Corticotrophin releasing factor الذي يستحث الغدة النخامية لاطلاق الهرمون المنشط في القشرة الادرينالية هرمون جلوكوستيرويد القشرة Glucocorticosteroids ويعمل هرمون الكورتيزول على حفظ مخزون الكاربوهيدرات ويخفف من الالتهاب عند التعرض للاصابات. ويقوم الجزء السمبثاوي (ANS) بتحريك موارد الجسم في الحالات الطارئة. بحيث تشتمل على زيادة في سرعة ومعدل وقوة الانقباض القلبي وانقباض الاوعية الدموية في الجلد. وتناقص في النشاط المعدي، وزيادة في التنفس، وتحفيز الغدد الدرقية. واتساع بؤبؤ العين. كما يعزز من الاسترخاء ويعمل تحت ظروف عادية وغير مجهدة.

ويقوم الجهاز العصبي السمبثاوي بخدمة نفس الاعضاء المعنية ولكنها تميل لتعمل بالتناوب. وتفعيل احداها عندما تتناقص الاخرى. وعلى سبيل المثال فان تفعيل الجزء السمثاوي يقلل من افراز اللعاب مما يعطي احساسا بجفاف الفم. في حين ان تفاعل وتنشيط الجزء نظير السمبثاوي يعزز من افراز اللعاب.

ويتم تفعيل (ANS) بواسطة الناقلات العصبية. عن طريق أستيل كولين ونوربيغرين ويكون لهذه الناقلات العصبية تأثير معقد. ويؤثر كل منها في أجهزة عضوية مختلفة لأن الاعضاء تحتوي على مستقبلات عصبية كيميائية مختلفة. (Brannon& Feist, 2009)

ويرى تايلر ان الاحداث لا تسبب الضغط بحكم خصائصها الموروثة وان ما يقرر انها مصدر ضغط ام لا يعتمد بشكل اساسي على تقييم الفرد لتلك الاحداث.

فالاحداث السلبية Negative events تسبب الضغط اكثر من الاحداث الايجابية. فتعرض الشخص لأحداث تعرضهم لأعباء اضافية، او مشاكلهم تفوق امكاناتهم وقدراتهم تسبب له الضغط. وامثلة تلك الاحداث كثيرة لدى الفرد. كالتسوق في الاماكن المزدحمة، والتخطيط لعمل حفلة، والحصول على ترقية غير متوقعة في العمل، والاقبال على الزواج، والتعرض لمخالفة السير، او البحث عن عمل، او فقدان احد المقربين له. وغي ذلك من الاحداث التي تؤثر في الافراد سلبا او ايجابا (Rathus, 2002) .

وترتبط الاحداث السلبية ارتباطا كبيرا بالمعاناة النفسية والاعراض الجسمية اذا ما قورنت بالاحداث الايجابية. وان الاحداث الضاغطة تؤثر بشكل سلبي على مفهوم الذات وقد تسبب فقدانا لتقدير الذات. او الاحساس بفقدان السيطرة على الامور.

وتلعب شخصية الفرد دورا بارزا في تحديد مستوى معاناته من المواقف الضاغطة وردود فعله ازاء هذه المواقف: ولاشك بأن نمط الشخصية التي يتميز بها الفرد تحدد التزامه في العمل وميله، ومدى نشاطه وفعاليته ومناقشته وطموحه وصبره وتوتره ازاء المواقف الضاغطة. والشخصية القلقة تعتبر القلق نذير خطر يتهدد سلامتهاواحساسها بالسعادة والرضا. كما ان مفهوم الفرد عن ذاته، تعتبر ذات تأثير كبير على ثقته بنفسه وعلى سلوكه. وان قدرة الفرد على تنظيم رد فعله قد يؤثر على الاحداث غير السارة. لان الاحداث التي تخضع للسيطرة تصبح اقل اذى. وكلما شعر الفرد بقدرة اعلى من الضبط استطاع مواجهة الضغوط بشكل افضل . (Riggio, 2009)

(3 – 4) الحاجة إلى الإرشاد النفسي:

الإرشادالنفسي موجود منذ القدم، وكل منا يقدم خدماته الإرشادية لطلبته دون أن يسميها بهذا الاسم. ودون أن تأتي تلك الخدمات في إطار برنامج منظم يستند إلي أسس ونظريات وطرق محددة.

فلماذا نحتاج إلى الارشاد النفسي؟

نحن نحتاج الى الإرشاد النفسي في جميع مراحل حياتنا المتتابعة.

فمهمة المدارس في عصرنا الحاضر لا تقتصر فقط على تنمية شخصية الفرد وتزويده بقسط وافر من الثقافة العامة، ومساعدته على التوافق الشخصي في حياته المستقبلية. وانما تزوده ايضا بالمعارف والمهارات التي تؤهله إلى تولي بعض الأعمال الخاصة.

وكانت الاسرة في الماضي عائلة كبيرة تجمع الجد والابناء والاحفاد. وكان لكبير الاسرة كلمته المسموعة وسلطته. والتعاون السائد بين جميع افراد الاسرة الواحدة. الا ان تغيرات كبيرة قد حدثت لنظام الاسرة هذا. كان من ابرز مظاهره: ظهور الاسرة الزواجية الصغيرة المستقلة. وضعف العلاقات بين افرادها. وظهور مشكلات اسرية. مثل مشكلة السكن ومشكلات الزواج ومشكلات تنظيم الاسرة. ومشكلات الشيخوخة. وخروج المرأة الى العمل لتدعيم الاسرة اقتصاديا مما ادى الى تغير العلاقات مع الزوج والابناء. وفي المجتمع بصفة عامة مما ادى الى ظهور مشكلات من نوع جديد. وظهور مشكلات جديدة مثل تأخر الزواج او الاضراب عن الزواج والعنوسة وحالات الام غير المتزوجة والاب غير المتزوج.... الخ.

ويشهد العالم تغيرات اجتماعية متسارعة يقابلها في الوقت نفسه ضبط اجتماعي يساير المعايير الاجتماعية ولا ينحرف عنها. وان عوامل التغير الاجتماعي تلك ادت الى زيادة سرعته فالتقدم العلمي الهائل والتكنولوجية المتقدمة وسرعة انتقال الثقافات المختلفة ودخول عالم الالكترونيات والوسائط المتعددة بين مجتمعات العالم ساعدت على احداث ذلك التغير. مما تجعل الحاجة ملحة للتوجيه والارشاد للفرد والجماعة.

وتطور التعليم وتطورت مفاهيمه وتعددت اساليبه وطرقه ومناهجه والانشطة التي تتضمنها. فتمركز التعليم حول الطالب والاهتمام به ككل وبحياته الشخصية والانفعالية والاجتماعية والعقلية والجسمية ونمو الذات ومفهوم الذات قبل المادة الدراسية.

وقد يؤدي عدم تنظيم التوجيه والارشاد النفسي الى الاضرار بصحة الفرد والتسبب له في العديد من الامراض النفسية والجسمية. فسعادة الفرد الفعلية تتحقق من ثقته بذاته وحبه لعمله ورضاه عنه وشعوره بقيمة ذاته كعضو نافع في المجتمع يستطيع ان يساهم في تقدم مجتمعه الذي ينتمي اليه.

1) مفهوم الارشاد النفسي:

الإرشاد كعلم وفن وممارسة حديث النشأة. فقد كان أول ظهوره مرتبط بحركة التوجيه المهني في أوائل القرن العشرين. لكنه لم يزدهر إلا في الثلاثينات ومنها انتقل الى بقية بلدان العالم. والإرشاد بصفة عامة يدور حول الهداية إلى السلوك الأمثل. بمعنى انه يتعلق بالتأثير في السلوك وتغييره. فالمرشد النفسي يهتم بشكل أساسي بتغيير السلوك الإرادي

للمسترشد /العميل. والمسترشد / العميل يلجأ بدوره طواعية إلى المرشد كي يساعده على إحداث هذا التغيير. (Shertzer& Stone, 2004) .

فالارشاد عملية لا تزيد عن كونها مناقشة حبية بين شخصين تربطهما علاقة إخلاص وثقة. ولكنها بالنسبة للمشاهد الخبير أكثر من مجرد زيارة دردشة. والمرشد يجاهد ليساعد الطالب كي يبوح بقصته بطريقته الخاصة. كما أنه يبذل جهده ليكشف عن أفكاره وأحاسيسه الحقيقية.

وتتميز كل عملية إرشاد بطبيعتها الفريدة. والخطوات الأساسية لعملية الإرشاد في: الحصول على البيانات الكافية عن الفرد والموقف والتعرف إلى المشكلة. والاعتبارات التي تراعى في المقابلة من حيث الإعداد للمقابلة والإنصات للعميل ومساعدته للتعرف إلى المشكلة وتنمية استبصاره. ومعاونته للوصول إلى الحل الملائم. والتحويل للجهات المناسبة ومتابعته للمقابلة (مرسي، 1996) .

والارشاد علاقة متبادلة تقوم بين فردين. وهذه العلاقة ترمي إلى غرض أو هدف. إذ يقوم فيه أحدهما وهو الأخصائي بحكم مرانه وخبرته. على مساعدة الشخص الآخر. وهو العميل. حتى يغير من نفسه ومن بيئته ووسيلة هذه العلاقة هي المقابلة وجها لوجه بين الأخصائي والعميل. ويتم الإرشاد في هذه المقابلة.

الارشاد عملية تقوم مباشرة بين شخص وآخر فيما يساعد أحد الطرفين الآخر على زيادة فهمه لمشكلاته وقدرته على حلها (Nordbery, 2009) .

والارشاد عملية رئيسة في عمليات التوجيه وخدماته. وهو العلاقة التفاعلية التي تنشأ بين المرشد التربوي والمسترشد بقصد تحقيق أهداف التوجيه أو بعض منها (ابو غزالة، 1985) .

فالإرشاد النفسي إذن هو علم تطبيقي في المقام الأول وهو مهنة تستمد جذورها من تلاقي وتداخل معارف كثيرة مستمدة من مجالات علم النفس والاجتماع الانثروبولوجيا والتربية والاقتصاد والفلسفة. وكل علم من هذه العلوم له مساهمته في الإرشاد النفسي. وبالنظر الى تعريفات الارشاد السابقة فاننا نجد ان الارشاد عملية بناءة تستهدف مساعدة الفرد في ان يفهم ذاته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي امكاناته لحل مشكلاته في ضوء معرفته وتدريبه كي يصل الى تحقيق أهداف المأمولة. وأن الارشاد النفسي بكليته يرمي الى مساعدة الفرد على تحقيق فهمه لذاته ولبيئته وللمشكلات التي تواجهه. واستغلاله للامكانياته الذاتية وامكانيات بيئته. ويتكيف مع نفسه ومع مجتمعه فيتفاعل معه تفاعلا سليما. ويستخدم ما لديه من امكانات واستعدادات وامكانات بيئته ويوظفها في احسن توظيف. (حسين، 2006)

ويسعى الإرشاد النفسي إلى تنمية مفهوم الذات الإيجابي لدى الفرد. وتحقيق توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته. وان الهدف الشامل والعام للإرشاد النفسي هو في تحقيق الصحة النفسية. وتحقيق سعادة الفرد وهنائه. والصحة النفسية تعد حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا. ويشعر بالسعادة مع نفسه. ومع الآخرين. ويكون قادرا على تحقيق ذاته. واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن. ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة. وتكون شخصيته متكاملة سوية. ويكون سلوكه عاديا. بحيث يعيش في سلامة وسلام.

ويرى عدد من الباحثين (Shertzer & Stone, 2004) أن هدف التوجيه والإرشاد النفسي هو تمكين الطلبة المسترشدين من اتخاذ قرارات فيما يتصل بالقضايا الهامة بالنسبة اليهم. كما توجه أساليب الارشاد والعلاج النفسي على اختلافها، المريض كي يتمتع بالتكيف الملائم. ومهما اختلفت المدارس التي ينتمي اليها المرشدون والمعالجون النفسيون. فان الهدف الأساسي للأرشاد والعلاج النفسي هو في تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي للفرد ومساعدته على تحقيق السعادة مع نفسه. ومع الآخرين. وازالة العوامل المسببة للمرض النفسي. بعلاج أعراض المرض النفسي، واتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث نكسة، وحل المشكلات ومواجهتها وتحويلها من مشكلات مسيطرة الى مشكلات مسيطر عليها. وتعديل: السلوك غير السوس وتعلم السلوك السوي الناضج، والدوافع التي تكمن وراء السلوك السوي الناضج. والتخلص من نواحي الضعف والعجز وتعزيز وتدعيم نواحي القوة، والتعرف على القدرات وتنميتها. والقضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة. وتنمية مفهوم الذات الموجب وتحقيق التطابق بين مستويات مفهوم الذات. وتحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين واقامة علاقات اجتماعية سليمة. وزيادة قوتها. وتدعيم بناء الشخصية وتحقيق تكاملها. ، والقدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الاحباط والتوتر والقلق، وتقبل وتحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقدم العلاج نحو تحقيق أهدافه. وتعلم أساليب أكثر فاعلية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة بصورة واقعية.

رابعاً: أسس الارشاد النفسي ومسلماته:

يستند الارشاد النفسي على مجموعة من الأسس والمبادىء تمثل في مجموعها فلسفة الارشاد التي يجب على المشتغلين في هذا المجال فهمها وادراكها ومعرفة كيفية تطبيقها والاستفادة منها وهي (مرسي، 1996):

(4 – 1) الأسس والمسلمات العامة للارشاد النفسي:

1) الثبات النسبي للسلوك الإنساني وامكان التنبؤ به:

السلوك هو النشاط الحيوي الهادف. جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو انفعاليا. الذي يصدر عن الكائن الحي نتيجة لعلاقة دينامية وتفاعل بينه وبين البيئة المحيطة به. وكما ترى، فالسلوك الإنساني مكتسب متعلم في معظمه وذلك من خلال التنشئة الاجتماعية ومن خلال التربية والتعليم. ويكتسب السلوك صفة الثبات النسبي الذي يمكن التنبؤ به. ويسعى المعالج إلى تعديل سلوك مرضاه بعد أن يكون درس أوضاعهم واستنتج أسلوب حياتهم ومشكلاتهم واحاط بمعايير النمو في الشخصية العادية لديهم.

2) مرونة السلوك الإنساني:

للتعديل والتغيير. فالثبات النسبي للسلوك الإنساني لا يعني الثبات المطلق أو الجمود. والمرونة لا تقتصر على السلوك الظاهر الذي تمكن ملاحظته فحسب. بل يتعدى ذلك ليتضمن التنظيم الأساسي لشخصية الفرد ومفهوم الذات. مما يؤثر في سلوكه.

3) السلوك الإنساني فردي – جماعي:

السلوك الإنساني سلوك فردي واجتماعي معا. مهما بدا فرديا بحتا أو اجتماعيا خالصا. وعندما يكون الفرد وحده يبدو فيه تأثير الجماعة. وسلوكه وهو مع الجماعة تبدو فيه آثار شخصيته وفرديته وينطبق الأمر على الأشخاص الذين يكون سلوكهم متأثرا بسماتهم الشخصية وبالمعايير والاتجاهات والأدوار الاجتماعية التي تؤثر فيه. فالشخصية تعبر عن مجموعة السمات الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية التي تميز الشخص عن غيره. والمعايير الاجتماعية تعبر عن مقياس السلوك الاجتماعي لما هو صحيح وما هو خطأ. ولما هو ممكن وما هو عيب. أما الأدوار الاجتماعية التي يمكن أن يلعبها الفرد فمتعددة. انك كطالب أو معلم وكأخصائي يمكنك ان تكون الأب والأخ والقائد والتابع بالإضافة إلى دورك طالباً أو معلماً أو أخصائياً نفسياً أو اجتماعياً.

4) **الاستعداد للإرشاد النفسي:**

ان لدى كل واحد منا استعداد للتوجيه والإرشاد استنادا إلى وجود حاجة أساسية لدينا وهي حاجتنا للتوجيه والإرشاد من مواجهة المشكلات التي نواجهها. وزملاؤك أيضا يدركون حاجتهم إلى التوجيه والإرشاد وهم لذلك يسعون إليه باقتناع. وهو أمر بالغ الأهمية. ومن أجل ذلك. لا يمكنك تقديم شيء لزملائك إذا لم يكونوا مستعدين لتقبله.

5) **حق الفرد في الإرشاد النفسي:**

الإرشاد يعتبر حاجة نفسية هامة لدى الفرد. ومن مطالب النمو السوي للأشخاص إشباع حاجاتهم هذه. من كل مستويات الأفراد العاديين وغير العاديين الذين يواجهون مشكلات محددة والمتفوقون في حياتهم أيضاً وواجبنا كأخصائيين نفسيين توفير الخدمات الإرشادية في مراكز عملنا بحيث نساهم في تطوير زملائنا تربوياً وشخصياً كمجموعات وأفرادا.

6) **حق الفرد في تقرير مصيره:**

يعتبر حق الفرد في تقرير مصيره بنفسه من المبادئ الهامة في الارشاد. وهو أمر يتطلب الاعتراف بقيمة الفرد وحقه في الاختيار من بين الأبدال المتوافرة لديه. والشخص العادي يختار لنفسه بديلا سليما من بين أبدال مرغوب فيها. وأنت أيضا لا تقدم لزملائك حلولا جاهزة ولكن تساعدهم في اقتراح الحلول واتخاذ القرارات بنفسه لنفسه.

7) **تقبل الطالب المسترشد:**

إن أحد مبادئ الإرشاد الرئيسية قائمة على تقبل المرشد للطالب المسترشد كما هو ودون شروط. والمرشد لا يحقق مع المسترشد ولا يصدر أحكاما فيما يتصل بسلوك طلبته بل عليه أن يكون صبورا واسع الصدر يشعر الطالب المسترشد بالطمأنينة والتفهم. مع ملاحظة انه وان كان يتقبل الطالب المسترشد كما هو. فانه يسعى إلى تعديل سلوكه المرضى في الاتجاه الصحيح والمرغوب فيه.

8) **عملية الإرشاد مستمرة طوال الحياة:**

عملية الإرشاد مستمرة طوال حياة الفرد. وهي غير محددة بمراحل. وانما تبدأ في الأسرة قبل دخول الطفل مدرسته. وتستمر على مقاعد المدرسة وفي الجامعة والعمل. فهي مستمرة متتابعة من الطفولة إلى الكهولة. ولهذا فان العملية الإرشادية تسعى لتقديم خدمات وقائية وعلاجية من جهة وخدمات نمائية من جهة أخرى.

9) **الإرشاد الديني علاج ووقاية ونماء للفرد:**

يقوم الإرشاد الديني على أن يعرف الفرد نفسه وربه ودينه والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية لدينه. ويمكن للإرشاد الديني أن يساهم في تحرير الفرد المضطرب من مشاعر الإثم والخطيئة التي تهدد طمأنينته وأمنه النفسي. خاصة فيما يتعلق بمرحلة المراهقة. ومساعدته على تقبل ذاته. وتحقيق وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسيين.

(4 – 2) الأسس الفلسفية لعملية الارشاد النفسي:

يبدأ الارشاد من الفرد وللفرد من حيث الافادة والتطبيق. بحيث يسعى الى تحقيق رغباته ويشبع حاجاته دون خروج على ما يرسمه المجتمع الذي يعيش فيه. وما يتعارف عليه افراده من عادات وتقاليد ومعتقدات. وأن مبدأ الارشاد الذي يقوم على مبدأ ان الانسان حر في تحديد اهدافه والعمل على تحقيقها. ووظيفة المرشد هو في مساعدته على القيام بذلك. بتقديم المعونة الفنية التي تحقق له الغرض الذي نشده. فالهدف من الارشاد اذن هو في مساعدة الفرد في تحقيق ذاته في مختلف المجالات عن رغبة ودون اكراه. وان يحترم المرشد حق الفرد في تحديده لأهدافه ووضع الخطط التي تحقق له تلك الاهداف.

(4 – 3) الأسس النفسية والتربوية لعملية الارشاد النفسي:

تستند عملية الارشاد النفسي على مجموعة من المبادىء والمسلمات النفسية المشتقة من دراسة الطبيعة البشرية المتمثلة فيما يلي:

- يعد الارشاد النفسي عملا مشتركا بين شخصين يقدم فيه احدهما ما لديه من معلومات وخبرات ووسائل لشخص يشعر بانه ازاء مشكلة لا يستطيع ان يتغلب عليها بنفسه.
- احترام الفرد والاعتراف بكرامته وحقه في اختيار المهنة التي تناسبه.
- مراعاة الفروق الفردية بين الاشخاص من حيث قدراتهم واستعداداتهم ومميزات شخصياتهم
- يوجد في داخل الفرد الواحد ألوان شتى من الاختلاف في خصائصه الجسمية والنفسية والعقلية للفرد. وانها تختلف بين كل مرحلة من مراحل النمو والمرحلة التي تليها.
- تؤثر جوانب الشخصية المختلفة بعضها على البعض الآخر. ولذلك، فانه لا بد من مراعاة نمو الشخصية الانسانية مراعاة تامة حيث ان جوانب الشخصية المختلفة تؤثر على بعضها البعض.
- وفي كل مرحلة من مراحل النمو المختلفة للفرد. تنشأ لديه كثير من الحاجات التي تتطلب الاشباع. ولا بد من مراعاة اشباعها. مع الاخذ بعين الاعتبار مستوى النضج عنده والاصول الثقافية والقيم الاجتماعية التي نشأ فيها وترعرع.

- تعتبر عملية الارشاد عملية تعلم. ليستفيد منها الفرد في رسم طريقه في الحياة. وتعميم ما اكتسبه من خبرة على المواقف الجديدة التي تعترض سبيله. والتحديات التي تتطلب حلا ودراية وتخطيطا.
- مساعدة الفرد على تبني الموضوعية والعلمية في تفكيره وسلوكه بدلا من الطموح الذي لا يستند الى اساس واقعي. ومعرفة مصادر قوته وضعفه عند اتخاذ القرار المناسب لاختيار المهنة.
- التعريف بالخيارات المتوافرة لدى الفرد بعد اكمال تعليمه ومنها مشكلات البطالة.
- ينبغي ان يكون الارشاد مبنيا على اساس معرفة الفرد وقدراته وتحصيله الدراسي ومستواه الوظيفي من ناحية وفرص العمالة المتوافرة وحاجاته ومستوى التطور الاقتصادي والثقافي والاجتماعي من ناحية أخرى.
- ضرورة وضع سياسات التدريب والارشاد النفسي وتنفيذها وتطويرها بالتعاون مع منظمات اصحاب العمل والهيئات العمالية والجهات المعنية الاخرى. وينبغي ان تتزامن برامج الارشاد النفسي مع مراحل العمرالتي يمر بها الشخص. فاختيار مهنة معينة يتأثر بمستوى النضج العقلي والانفعالي والاجتماعي الذي يصل اليه.

(4 – 4) الأسس الاجتماعية لعملية الارشاد النفسي:

تقوم عملية الارشاد على مجموعة من الاسس والمبادىء التربوية والاجتماعية:

فهي تهتم عملية الارشاد باشباع حاجات الفرد التي تتنشأ في مجالات الحياة المختلفة وفي ابعاد النمو المختلفة. وان عمليتي الارشاد والتعلم تكمل كل منهما الاخرى. بحيث تساعد عملية الارشاد على جعل عملية التعليم اكثر فاعلية. وتنبه المنهج وطريقة التدريس الى العمل على تحقيق التكيف الفردي والاجتماعي لأفراد المجتمع المدرسي.

وتستند عملية التوجيه والارشاد الى خدمات قائمة على اسس واهداف واضحة وهي ليست جزءاى من المنهج المدرسي بل ان خدمات التوجيه والارشاد تستغل المنهج والنشاط المدرسي لتحقيق أهدافها. كما تقوم بدور فعال في تعديل المنهج وتخطيط برامج النشاط بما يساعد على تحقيق اهداف التوجيه. وان تعاون اخصائي التوجيه مع المعلمين والقائمين على شؤون المدرسة من الامور الضرورية لانجاح عملية التوجيه. وتنشيط العملية التربوية بصورة عامة.

ولا بد من الاهتمام بالتلميذ كعضو في جماعة. فالى جانب الاهتمام به كفرد. تقدم له وحده خدمات التوجيه في صورة التوجيه الفردي. نجد ان خدمات التوجيه تهتم به ايضا باعتباره يعيش في جماعات مختلفة كالأسرة والجيران والاصدقاء والمجتمع المحلي والقومي

والعالمي. ولا بد من تخطيط خدمات في التوجيه الجمعي. ومن الضروري ان يفهم الفرد دوره ووظيفته ومكانته في الجماعات والمؤسسات التي ينتمي اليها. وتعتبر عملية التفاعل بين الفرد والمجتمع هذه، هي المحور الاساسي لعملية التوجيه والارشاد النفسي.

وتعتبر المدرسة من اكثر المجالات الاجتماعية اهمية من حيث قدرتها على تقديم المساعدة للفرد سواء كان طفلا او مراهقا او شابا. وسواء عن طريق خدمات التوجيه المنظمة بواسطة اخصائيين مدربين او عن طريق تعديل المناهج وطرق التدريس وتحسين الجو المدرسي. بحيث تصدر عن هذه التعديلات عن وجهة نظر توجيهية.

ولا بد من مشاركة الاباء وقادة المجتمع الذي يعيش فيه التلميذ في عملية التوجيه والارشاد. بحيث تؤدي هذه المشاركة الى تنسيق التعاون بين المدرسة (باعتبارها المؤسسة المسؤولة عن التربية الرسمية في الدولة) وبين المؤسسات الاجتماعية الاخرى المسؤولة عن تربية الطفل تربية غير مقصودة.

(4 – 5) الأسس الفنية والأخلاقية للارشاد النفسي:

هناك بعض الأسس والمبادىء مشتقة من طبيعة عملية الارشاد ومن المجال الذي يعمل فيه المرشد.

فعلى المرشد ان يبحث مشكلة الفرد من جميع زواياها وان يستخدم كل ما لديه من وسائل وامكانيات لمساعدته على حلها. وأن يكون مرنا في اتباع الوسيلة التي تتفق مع حاجات الفرد وصفاته وطبيعة المشكلات التي تواجهه. وان يحافظ على سر مهنته وان يضع سجلاته وتقاريرها في مكان أمين. ولا يفشي اية معلومات تتعلق بالافراد الذين يوجههم الا في اطار الاجتماعات النفسية مع الاخصائيين حتى يحصل للافراد على مساعدات معينة. يحتاجون اليها كالمساعدات الاجتماعية او الطبية او النفسية. وأن يبذل كل جهده لكي يزيد من فهم العميل لنفسه وللعالم الذي يعيش فيه. ويساعد العميل على ان يتقبل ذاته كما هي على حقيقتها.

وينبغي ان يكون القرار النهائي في أية عملية ارشاد صادرا عن العميل وبناء على اختياره الحر وعلى مسؤوليته. ويجب ان تتغير طرق الارشاد وفقا لحاجات العميل ومناسبتها له. ينبغي تحويل العميل الى الاخصائيين الاخرين اذا ما تطلب الامر ذلك. وان لا يتدخل المرشد او مساعديه الا بالقدر الذي يوضح فيه الفرد جميع احتمالات النجاح او الفشل لكل طريقة من الطرق المقترحة.

(4 – 6) الأسس العصبية والفيزيولوجية للتوجيه والارشاد النفسي:

في بداية حياة الانسان على كوكب الارض. فقد تطلب استمراره صراعا اكثر مما عليه الان. لقد خاض الانسان صراعا ضد مخلوقات مختلفة من ضمنها مخلوقات قد اختفت عنه، وما زالت آثارها موجودة في حفريات قديمة كحفريات افريقيا. ومع ذلك استمر الانسان في الحياة، واستمر في توريث صفاته من جيل لآخر عبر مادته الوراثية. ذات التركيب المعقد. ولكن ما الذي تم توريثه من جيل لآخر؟ والجواب هو الخصائص الفسيولوجية والبيولوجية للانسان حيث انه لا يوجد دليل على توريث الافكار او الصور او المخططات ولكننا نرث الخصائص الفسيولوجية التي تؤثر بصورة واضحة على سلوكنا وعواطفنا ومعرفتنا (الافكار والصور والمخططات) .

أما كيف ان الخصائص الفكرية للانسان والخصائص السلوكية ارتبطت بتركيبته الفسيولوجية؛ فهو أمر مدهش قد اجاب عليه مجموعة من علماء النفس. ومن خلال الدراسات المستفيضة للدماغ والمكونات الاخرى للجسم استطاع العلماء اكتشاف اشياء مدهشة لدى الانسان يمكن عرضها في الآتي: (Rathus,2002)

- الخلايا العصبية (العصيونات) Neurons: وهي اللبنات الاساسية في تكوين الجهاز العصبي فهنالك مليارات من العصيونات في الجسم تنقل الرسائل في الجسم بأشكالها المختلفة.
- الجهاز العصبيThe nervous system: ترتبط العصبونات لتشكل الجهاز العصبي بأقسامه المختلفة المسؤولة عن حركة العضلات، الاحساس، والوظائف الاتوماتيكية كالتنفس وافراز الهرمونات بالاضافة الى الظواهر النفسية كالافكار والمشاعر.
- القشرة الدماغية The cerebral cortex: وهي عبارة عن كتلة كبيرة ذات تلافيف كبيرة داخل الرأس وهذه القشرة الدماغية هي التي تميز الانسان عن غيره من الحيوانات.
- جهاز الغدد الصم The endocrine system : وهو يعمل عن طريق الهرمونات التي تنظم كثيرا من الوظائف تشمل النمو او غيره.
- الوراثة Heredity: في كل خلية من جسمك هناك مئات الالاف من الجينات وهي التي تقرر اي نوع من المخلوقات ستكون. ويشمل ذلك لون الشعر وتكوينك بأن يكون لك ارجل وأيدي أم اجنحة للطيران.

مراجع الوحدة الأولى

المراجع العربية:

- ابو غزالة، هيفاء (1985): دليل المرشد الطلابي، عمان: المطبعة التعاونية.
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): الطفل من الحمل الى الرشد (الجزء الثاني: الصبي والمراهق) ، الكويت: دار القلم
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): الطفل من الحمل الى الرشد. (الجزء الأول: السنوات الست الأولى) ، الكويت: دار القلم
- حسان، شفيق فلاح (1996): أساسيات علم النفس لتطوري. بيروت: دار الجيل.
- حسين، طه عبد العظيم: (2006) الارشاد النفسي: النظرية، التطبيق، التكنولوجيا. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الرفاعي، نعيم (2001) . الصحة النفسية: دراسة في سيكولوجية التكيف. دمشق مطبعة جامعة دمشق.
- زهران، حامد عبد السلام (2005): علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. القاهرة: عالم الكتب.
- صادق، آمال وابو حطب، فؤاد (2005): نمو الانسان: من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الغفار، عبد السلام (2007) . مقدمة في الصحة النفسية: عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- عبد المعطي، حسن مصطفى وقناوي، هدى محمد (2007): علم نفس النمو (الجزء الأول: الأسس والنظريات) . القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- مرسي، سيد عبد الحميد (1996): الارشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني: القاهرة: مكتبة الخانجي.
- ملحم، سامي محمد (2013) . علم نفس النمو: دورة حياة الانسان. عمان: دار الفكر. ناشرون وموزعون.
- المليجي، عبد المنعم (1993): النمو النفسي. القاهرة: مكتبة مصر.
- يوسف، جمعة سيد (1990): سيكولوجية اللغة والمرض العقلي، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والأداب. سلسلة عالم المعرفة العدد: 145.

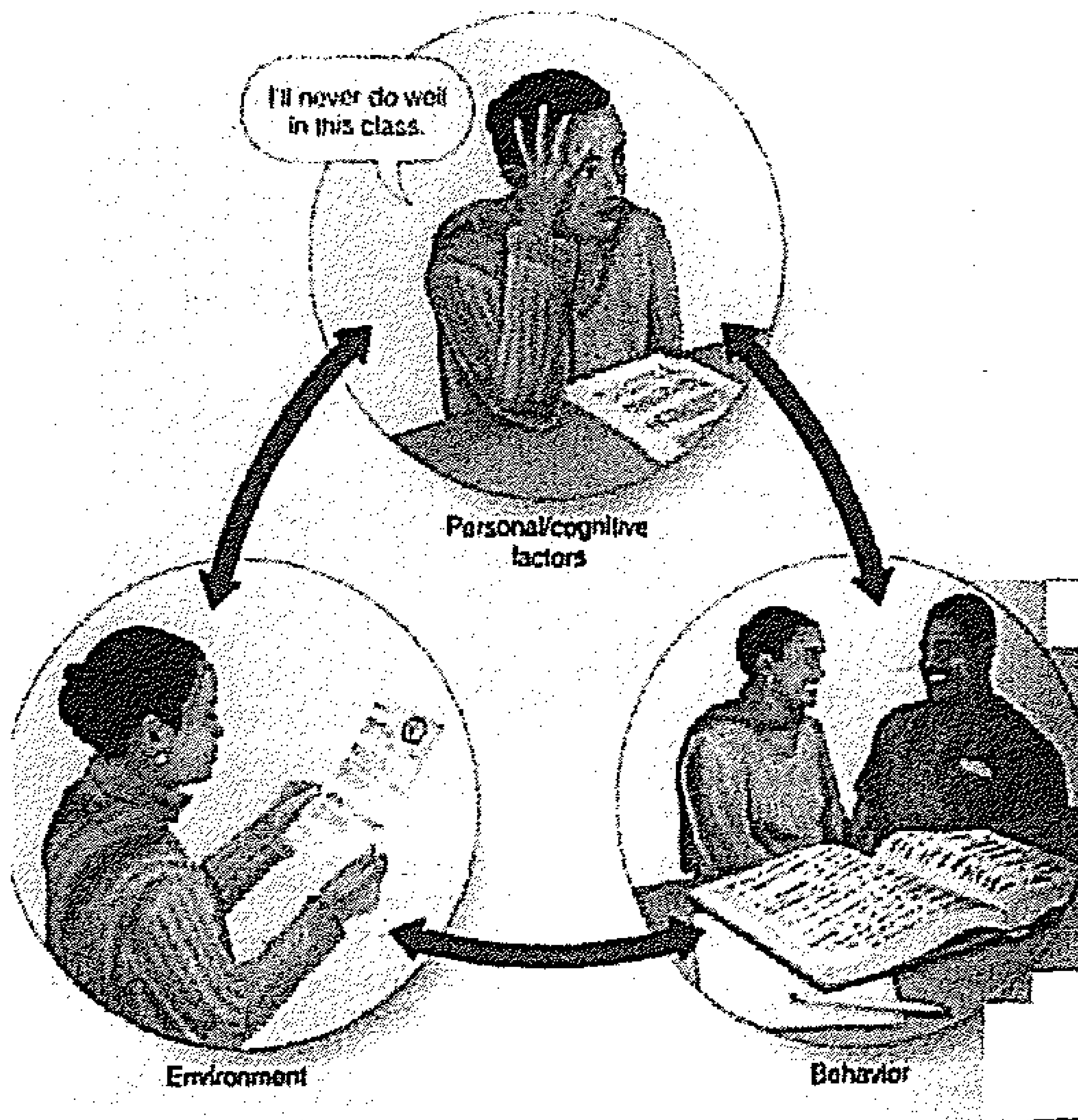
المراجع الأجنبية:

- Aronfreed, J. ; (2006) Conduct and conscience: The socialization of internalized control over behavior. New York: Academic press
- Baer, J. ; (2009) Adolescent development and the Junior high school environment. Social work in education. V 21N4. p 238 – 48. Oct,
- Bandura, A. ; (1977) Social Learning Theory. New Jersey: Prentice – Hall, Inc. Englewood Cliffs,
- Behavenet (1997 – 2003) . http://www. behavenet. com/capsules. /disorders/Cndct. htm.
- Berk, L. E. ; (2007) Infants, Children, and Adolescents. (4th ed) . Boston: Allyn and Bacon. 2002.
- Biehler, R. F. & Hudson, L. ; (2006) . Developmental psychology: An introduction. Boston: Houghton Mifflin company.
- Black, K. N. , et al. ; (2001) A development study of preschool children's preference for random forms. J. of Child development. 42, 57 – 61,.
- Brannon, L. , & Feist. , J. ; (2009) . Health psychology: An introduction to behavior and health. Australia: Thomson. Wadsworth.
- Broadzinsky, D. M. , et al. ; (2006) Life – Span human development. (3rd ed) New York: Holt, Rine – Hart & Winston.
- Champion, Patricia. ; (2000) Infant/Maternal Interactive Social/Emotional Learning Where the Infant Has a Disability or Is at Risk for a Disability. Infants and Young Children; v12 n3 p10 – 16 Jan
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. ; (2003) (EDS) . Rochester symposium on developmental psychopathology. L. 5. Disorders and dysfunction's the self Rochester, NY: University of Rochester press..
- Erickson, F. H. , & Erickson, J. M. ; (1981) generatively and identity. Harvard educational review, 51.
- Foltz, Carol; (2005) And Others. Proof Construction: Adolescent Development from Inductive to Deductive Problem – Solving Strategies. Journal of Experimental Child Psychology; v59 n2 p179 – 95 Apr.
- Gormly, A. V. ; (2007) . Life – Span human development. New York: Harcourt. Brace college pnblisher.
- Hetherington, M. , & Parke, D. ; (2006) Child psychology.. New York: MacGraw – Hill.
- Hoffman, L. W. ; (1974) . Effects of maternal employment on the child. A review of the research. J. of developmental psychology. 10 (2) , 204 – 228.

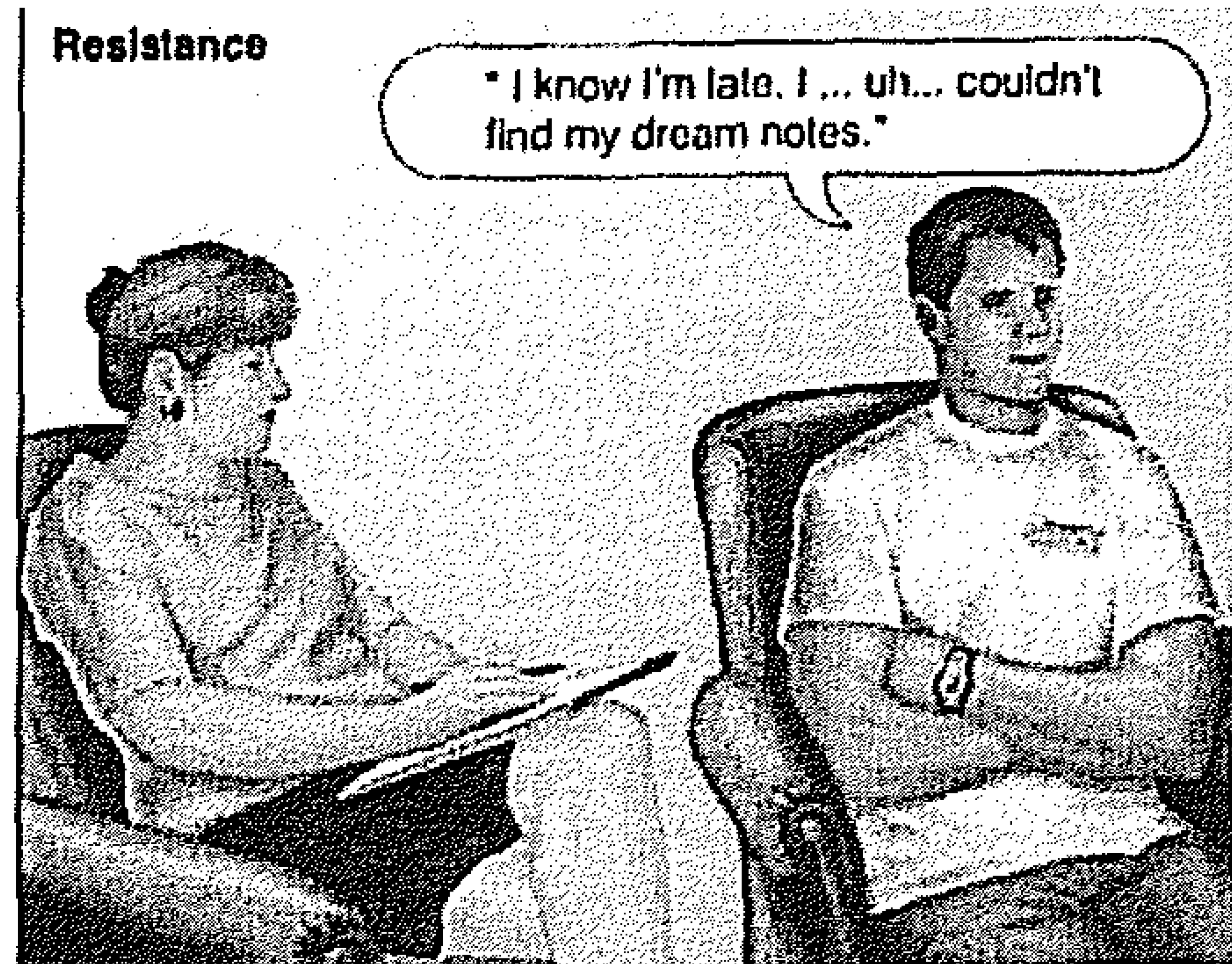
- Hurlock, E. B. ; (1991) Child development. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Kimmel, D. G. ; (2001) Adulthood and aging (2nd ed) . New York: John Wiley & Sons INC.
- Lerener L. , & Hultsch, F. ; (2003) . Human development. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Martin, G. , & Pear, J. ; (2003) . Behavior Modification: What it is and how to do it. New Jersey: Prentice – Hall, Inc. Englewood Cliffs.
- Mason, M. G. , & Gibbs, J. C. ; (2003) Social perspective taking and moral judgment among college students. J. of Adolescent research. N. 8,
- Maye, Jessica; Werker, Janet F. ; (2009) Gerken, LouAnn. Infant Sensitivity to Distributional Information Can Affect Phonetic Discrimination. Cognition; v82 n3 pB101 – B111 Jan
- Nevid, J. , S. , Rathus, S. , A. , & Greene, B. ; (2003) . Abnormal psychology in a changing world. New Jersey: Pearson Education International.
- Nordbery, B. ; (2009) Guidance a systematic introduction. New York: Random house,
- Owens, K. B. ; (2006) Child & adolescent development: An Integrated approach. Australia: Wadsworth, Thomson learning.
- Papalia, D. E, & Olds, S. W. ; (2006) A Child's world. New York: McGraw – Hill, INC.
- Park, Kyung Ja. ; (2005) Attachment Security of 12 Month Old Korean Infants: Relations with Maternal Sensitivity and Infants' Temperament. Early Child Development and Care; v167 p27 – 38 Apr
- Rathus, S. A. ; (2002) Psychology in the new millennium. Fort Worth: Hartcourt college publishers.
- Riggio, R. , E. ; (2009) . Introduction to industrial/ organizational psychology. New Jersey: Prentice hall, Upper River.
- Rohwer, Jr. W. D. , et al. ; (2006) Understanding intellectual development: Three approaches to theory and practice. Hinsdale, Illinois: The Dryden press.
- Shertzer, B. & Stone, Sh. ; (2004) Fundamentals of guidance (2nd ed) . Boston: Houghton Mifflin Company.
- Wright B. & Weiss, J. P. ; (2009) . Social problems. Boston: Little Brown and company.

الوحدة الثانية

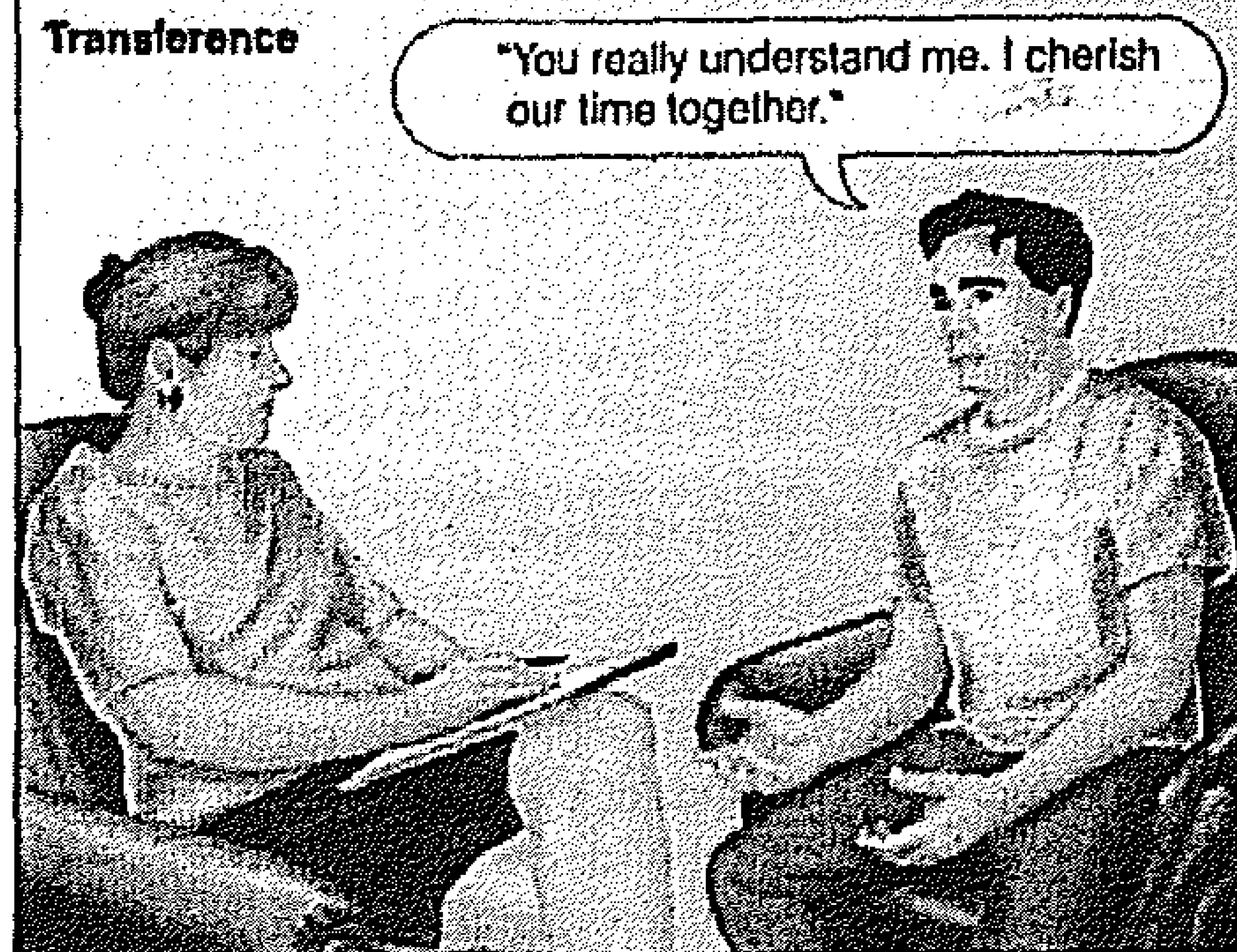
عملية الإرشاد والعلاج النفسي











الوحدة الثانية
عملية الإرشاد والعلاج النفسي

أولاً: المقدمة:

(1 – 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: اهلا بك في الوحدة الثانية من هذا الكتاب والتي تبحث في العملية الارشادية. والتي يمكن النظر اليها على أنها علاقة تفاعل شخصية، واجتماعية، وعلاقة مواجهة حقيقية بين شخصين: المرشد والعميل (المسترشد) أو أكثر من شخصين كما في الارشاد الجمعي. وفيها يقوم المرشد بتوفير جو نفسي يمكن للمسترشد من خلاله أن يتعرف نفسه ومواقفه الحاضرة. وما يمكن أن يقوم به في المستقبل. بحيث تقوده هذه المعرفة إلى أن يصبح أكثر قدرة على استخدام ما لديه من طاقات بطريقة يرضى هو (أي العميل) عنها. وتكون نافعة للجماعة. وتمكنه من أن يتعلم كيف يحل مشكلاته في المستقبل وكيف يواجه حاجاته.

تتألف الوحدة الثانية من خمسة أجزاء. يتكون الجزء الأول منها من العملية الارشادية والعوامل المؤثرة فيها. ويتكون الجزء الثاني من عدد من النماذج الارشادية وعناصرها والاعداد لها. أما الجزء الثالث من الوحدة فيتكون من الاتصال في العملية الارشادية وعناصرها وأهدافها ووظائفها وخصائصها. ويتكون الجزء الرابع من المعلومات اللازمة للعملية الارشادية وشروط جمع المعلومات وتنظيمها. ووسائل جمع البيانات الاختبارية وغير الاختبارية. والاختبارات والمقاييس التي تهتم بالجانب العقلي والنفسي للشخص وخصائصها الرئيسة. ويبحث الجزء الخامس من الوحدة عددا من طرق الارشاد والعلاج النفسي

(1 – 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادرا على أن:

1. تعرف العملية الارشادية والعوامل المؤثرة فيها
2. تعدد نماذج العملية الارشادية وعناصرها
3. تصف دورة العملية الاتصالية وعناصرها وأهدافها
4. تبين المعلومات اللازمة للعملية الارشادية وتنظيمها
5. تذكر اساليب الارشاد والعلاج النفسي وفنياتها

ثانياً: العملية الارشادية والعوامل المؤثرة بها:

يقصد بالعملية الإرشادية مجموعة الخطوات المتتابعة التي يعمل فيها المرشد مع المسترشد ابتداء. من احالة المسترشد اليه حتى القفال الحالة والتحقق من الوصول الى أهداف وغايات معينة. وتشتمل على ثلاث عمليات رئيسية متداخلة هي:

- **الدراسة:** وتشمل تهيئة مكان العلاج وبناء العلاقة الإرشادية الدافئة واستكشاف مشغولية الفرد ومشكلاته. وتحديد أهداف العلاج. ثم جمع البيانات والمعلومات عن الحالة وتحليلها
- **التشخيص:** وتشمل تحديد أسباب المشكلة وكيفية تفاعل هذه الأسباب ومعرفة مدى تطورها.
- **العلاج:** وتشمل تحديد أساليب العلاج المناسبة للحالة وممارستها والمتابعة والتقويم في ضوء مدى اقترابه من تحقيق أهداف العلاج.

(2 – 1) أهداف العملية الارشادية:



حدد العلماء اهداف العملية الارشادية كل حسب ما صاغه من مبادىء وقوانين واجراءات تتم بها عملية الارشاد:

فمن وجهة النظر المعرفية فان الاضطرابات النفسية تنشأ عن ادراك غير صحيح للواقع وعن اخطاء في طريقة التفكير وعن وجود قناعات غير منطقية لدى الشخص ولابد من التعامل مع التفكير غير المنطقي: بحيث يتم توضيح الافتراضات الخاطئة وما تؤدي اليه من استنتاجات خاطئة تؤدي بدورها الى مشاعر سلبية وسلوك غير سوي. وتدريب المسترشد على قراءة الواقع بطريقة صحيحة دون مبالغة او تشويه. وتطوير مهارات حل المشكلات باستخدام اسلوب حل المشكلات في التعامل مع مشكلات الحياة اليومية

وتفترض النظرية الانسانية (روجرز) ان كل انسان لديه قوة دافعة للنمو. تحركه كي يصل الى اعلى مستوى من النمو تسمح به امكاناته في مختلف المجالات.

ويعطي السلوكيون اهمية خاصة لموضوع صياغة الهدف في الارشاد. وهم يرون بأن الهدف يجب ان يصاغ على نحو يسمح بقياس درجة تحققه. ويؤكدون على ضرورة الاتفاق المسبق بين المرشد والمسترشد على الهدف.

وتهدف العملية الارشادية من وجهة النظر التحليلية الى تحرير الدوافع السليمة وتقوية وظيفة الانا فيما يتعلق بأخذ الواقع بالاعتبار والتسامح مع الرغبات (الهو) وتغيير محتوى الانا الاعلى بدرجة تجعله اكثر انسانية واقل تشددا.

(2 – 2) العوامل المؤثرة في العملية الارشادية:

تتعرض العملية الارشادية الى العديد من المتغيرات التي تؤثر في العملية نوردها اليك على النحو التالي:

- **متغيرات مرتبطة بالمرشد:** مثل عوامل سمات الشخصية لدى المرشد، وافكاره، ونظرته الى العالم، وقيمه وخبراته وتوجهاته.... الخ.
- **متغيرات مرتبطة بالمسترشد:** كنظرة المرشد الى العالم، وسماته الشخصية، وافكاره وقيمه، ومدى استعداده للتغيير، وسماته الثقافية، وتوقعاته من العملية الارشادية.
- **متغيرات مرتبطة بما يجري في العملية الارشادية:** وتشتمل على كل من متغيرات بالعلاقة الارشادية، والمتغيرات المرتبطة بمراحل العملية الارشادية. ولكل مرحلة من العملية الارشادية وظائفها ومهماتها واهدافها التي تتطلب من المرشد مهارات معينة لتحقيقها.
- **متغيرات مرتبطة بنتيجة التفاعل المتتابع:** حيث يتواصل التفاعل لحظة بلحظة تؤثر فيه تدخلات المرشد وطرقه واساليبه ومهاراته وردود افعال المسترشد وحاجات المسترشد وسلوكه أثناء تنفيذ العملية الارشادية وخلالها.

ثالثاً: نماذج العملية الارشادية وعناصرها:

(3 – 1) النماذج المستخدمة في العملية الارشادية:

قدم عدد من الباحثين نماذج متعددة تصف العملية الارشادية في صورة خطوات تتبعية يمكن للمرشد ان يهتدي بها في عمله مع المسترشد.

فقد قدم كل من كورمير وهاكني Cormier & Hackney: نموذجا لعملية ارشادية تشتمل على خمسة مراحل رئيسية هي (الخطيب، 2005):

1. **بناء العلاقة الارشادية Relationship building:** وتمثل المناخ النفسي الذي يتولد من التفاعل بين المرشد والمسترشد (الطفل/ العميل) بحيث تؤدي تلك العلاقة الارشادية

الجيدة الى نمو نفسي جيد. اما العلاقة الارشادية الضعيفة فتؤدي الى نتائج غير مرغوب فيها. ويشير الباحثون في هذا المجال الى ان استمرار العلاقة الارشادية يطور بالضرورة المناخ النفسي الايجابي في العلاقة الارشادية.

2. **تقييم المشكلة Assessment the problem**: وتتضمن جمع وتصنيف المعلومات التي ترتبط بالسبب الذي جاء من اجله الفرد الى الارشاد. وعلى المرشد ان يفتح جميع قنوات الاتصال التي تتيح له تلقي المعلومات من العميل مستخدما في جمعه لتلك المعلومات عددا من المهارات الخاصة بعملية التقييم في الارشاد. ومنها: **الملاحظة**: **والاستفسار Inquiry**: **وتسجيل المعلومات Recording information**: التي يحصل عليها المرشد من الملاحظة، والاستفسار وتنظيمها وتبويبها كي يسهل على المرشد التعامل معها. وحذف المعلومات التي لا تفيده في العمليته الارشادية.

3. **تحديد أهداف الارشاد Goal setting**: وتمثلالنتاجات التي يمكن الحصول عليها عند انتهاء العملية الارشادية. وبالتالي فهي المخرجات التي يريد المسترشد تحقيقها مع نهاية العملية الارشادية ذاتها.

4. **المتدخلات Intervention**: وتشير الى الاعمال والانشطة والاجراءات التي من شأنها تحقيق اهداف العملية الارشادية وهي بالتالي خطط عمل توضع من اجل مساعدة المسترشدين على تحقيق انواع محددة من النتائج.

5. **الانهاء والمتابعة**: وتتضمن ثلاث عمليات اساسية هي: الانهاء: وتشير الى التقييم الجيد من قبل المرشد والمسترشد لمدى التقدم الذي تحقق. والاهداف التي تم انجازها. وتحويل فرد الى شخص آخر أو وكالة للحصول على مساعدة خاصة غير متوفرة لدى المصدر الأصلي". (Shertzer & Stone, 2011) والمتابعة: على اعتبار ان العملية الارشادية تمثل خبرة نمائية هدفها تسهيل نمو الفرد وقدرته على الاهتمام بالمشكلات الجديدة بفعالية اكثر. وعلى المرشد ان يأخذ بعين الاعتبار الى الاستفادة من الخدمات التي يقدمها للمسترشد وبيان سبل الاتصال به مستقبلا.

وقدم وليامسون Williamson: نموذجا لعملية العلاج مشتقة من معطيات نظرية السمات والعوامل. وأطلق عليها النموذج الاكلينيكي. اشتملت على ست خطوات متتابعة هي: التحليل: وتتضمن تحديد المعلومات المطلوب جمعها. بطرق و مصادر متعددة. والتركيب: وتتضمن صياغة المعلومات السابقة ومعرفة تفاعلها وترابطها. والتشخيص: وتتضمن معرفة أسباب المشكلة وكيفية تفاعلها. والمآل: وهو التكهن المحتمل بتطور الحالة. والعلاج: وهو تحديد فنيات العلاج وتقديمها عبر أساليب معينة. والمتابعة: وهي تتبع حالة الحالة للتأكد من فعالية العلاج ومدى ملاءمته.

وتحدث كل من هل واوبرين Hill & O'brien عن نموذج آخر للعملية الارشادية تتمحور حول ثلاث عمليات رئيسية هي:

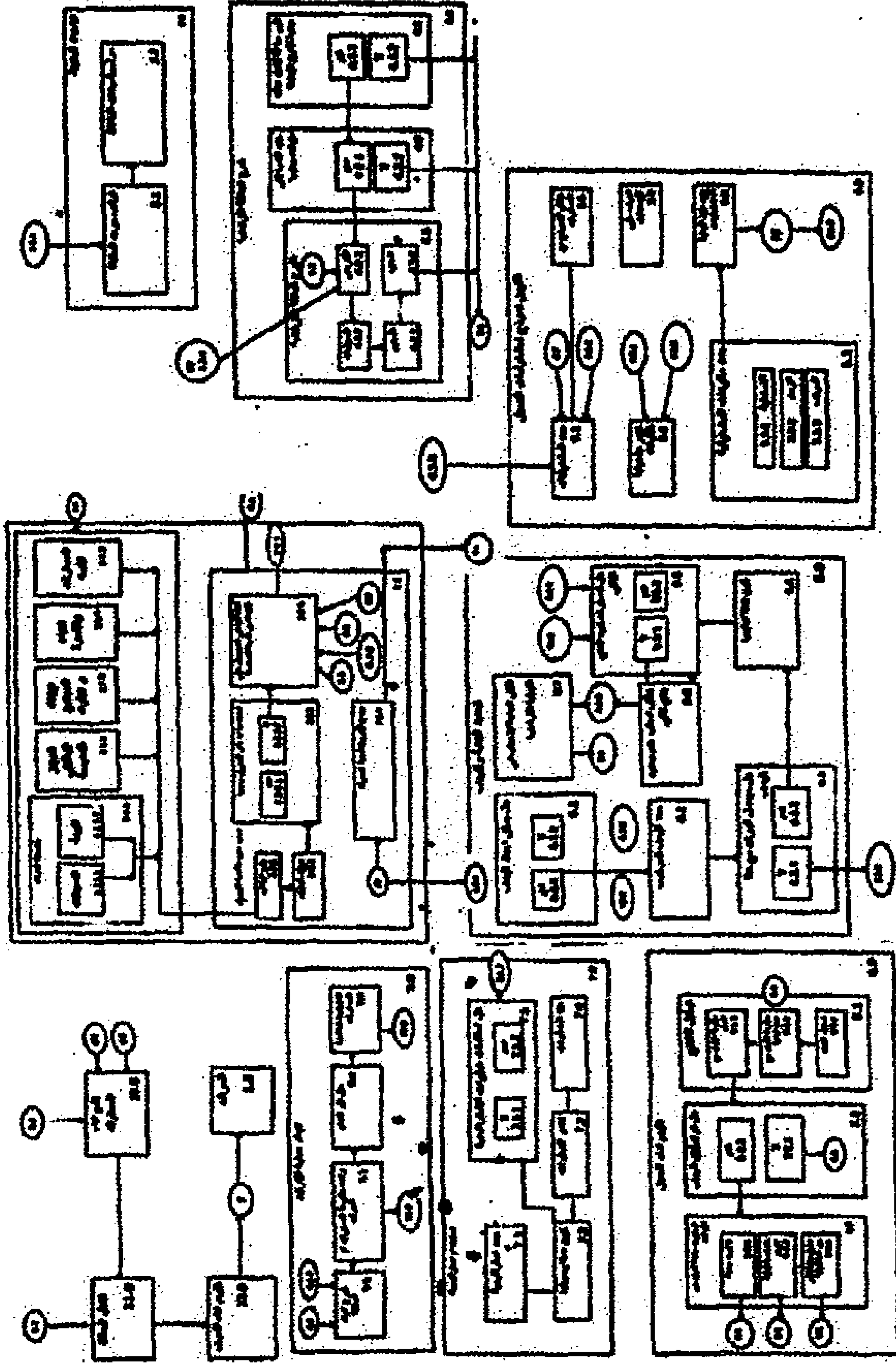
1. مرحلة الاستكشاف Exploration stage: ويقصد بها ان يكون المرشد قد اصبح مندمجا ومشتركا في العملية الارشادية. بحيث يستطيع استكشاف الأفكار والمشاعر، أو التصرفات الهامة المرتبطة بتلك العملية.
2. مرحلة التبصر Insight stage: باعتبارها عملية فهم المسترشد لنفسه، واستطاعته بيان اسباب سلوكه وأفكاره ومشاعره. ويشتمل على خبرة يستطيع المسترشد معها ادراك نفسه والعالم من حوله بطريقة جديدة.
3. مرحلة العمل (التنفيذ) Acting stage: وتهدف الى: مساعدة المسترشد على استكشاف السلوكيات الجديدة الممكنة، ومساعدته في تقرير الاعمال، وتسهيل نمو المهارات اللازمة للتنفيذ، وتقديم التغذية المرتدة حول محاولات التغيير، مساعدته في تقييم العمل وفي وضع خططه.

وأعد برامر وشوستروم Brammer & Shostrom نموذجا أطلق عليه الإرشاد أو العلاج المحقق للذات Actualizing model اشتمل على تحديد مشغولية الحالة ومدى حاجتها للعلاج. وبناء العلاقة الارشادية. وتحديد أهدافها. والعمل مع المشكلات والأهداف. وتسهيل الوعي. وتخطيط برنامجه. وتقويم النتائج وإنهاء العلاج.

وقدم عدد من المرشدين المتخصصين في الارشاد بجامعة ميتشيجان Michigan State University نموذجا مقترحا للعملية الارشادية على شكل منظومة يستند الى نظرية المنظومات في تكوين الاطار النظري وينحو منحى سلوكيا في محتواه سمي بالارشاد المنظومي Systematic counseling بحيث تتكون المنظومة من اربعة مكونات رئيسية هي: المرشد، والمسترشد، ومنظومة للارشاد، ونتائج منظومة الارشاد. وقاموا بتجزئة المنظومة الى اثنتي عشرة خطوة تندرج تحتها خطوات فرعية تم تحديدها في صورة لوحة تتبع Flow chart تضمنت المرشد، وعملية إحالة العميل، والاعداد للمقابلة، وشرح العلاقة الارشادية، وبناء نموذج لها، وتحديد الغاية والهدف، واستخدام استراتيجية تقويم أداء المسترشد، وانهاء العملية الارشادية، ومراقبة أداء المسترشد، واقفال الحالة، وتقويم أداء المرشد (الشناوي، 1998).

وقدم هانسن وزملاؤه (Hansen & Gerber, 1990) نموذجا ينصب على كيفية بدء العلاقة الارشادية بين المرشد والمسترشد والتعامل مع المواقف الصعبة فيها والاتصال المناسب مع المسترشد حيث يكون الهدف هو زيادة الجانب الواضح من سلوك المسترشد لنفسه وللمرشد.

ولا شك بأن هناك خطوات منهجية واضحة يتبعها المرشدون النفسيون في أدائهم لعملية الارشاد تتضمن ما يلي (ملحم، 2011):



1. **المرشد:** هو الشخص الذي يقوم بالعملية الارشادية تجاه العميل. وهو المعلم الذي يقوم بعملية التدريس تجاه طلابه. خاصة، ونحن ننظر للعملية الارشادية هنا باعتبارها عملية تخدم البيئة المدرسية قبل كل شيء. والمعلم/ المرشد هو التطور الجديد لشخصية المعلم التقليدية الذي كان منذ وقت قريب فقط يهتم بتدريس مادة تخصصه. وهنا يبرز دور المعلم من كونه دورا مزدوجا باعتباره يحقق تربية تقدمية حديثة لطلبته.
2. **عملية إحالة العميل:**
3. **استلام ملف العميل:** وهي عملية تحديد مصدر استلام ملف العميل، ومصدر الإحالة والبيانات الواردة في ملف العميل. والتي يمكن الاستفادة منها في عملية العلاج. ثم قرر فيما إذا كانت الحالة ملائمة لعملية العلاج أم لا.
4. **الإعداد للمقابلة الارشادية:** تعد المقابلة المحور الأساسي الذي تدور حوله عملية العلاج وهي عبارة عن علاقة ديناميكية بين شخصين: معالج ومتعالج يحاول خلالها العميل (المسترشد) أن يجد حلاً لمشكلاته التي يعاني منها. كما يحاول المرشد بدوره أن يقدم المساعدة الفنية التي يراها ملائمة للحالة.
5. **شرح العلاقة الارشادية:** ويقصد بها تقرير فيما إذا كانت هناك حاجة لوضع جدول زمني محدد لخطوات العمل العلاجي وفعالياته بحيث يلتزم العميل بهذه الخطوات. ثم اتخاذ قرار زمن البدء في عملية العلاج في ضوء ذلك.
6. **تشكيل نماذج العمل العلاجي:** وتشير الى تحديد محتويات العمل العلاجي. بحيث يتعرف العميل (المسترشد) على نظام العمل العلاجي الذي يقوم به المرشد وإمكاناته وقدراته. وما يستطيع تقديمه للعميل. وما يمكن أن يناقشه في جلسات العلاج. (Ivey, et al, 2007)
7. **اتخاذ القرارات الخاصة بالعملية الارشادية:** وبعد الانتهاء من الخطوات السابقة، يتخذ قراراً بالبدء في تنفيذ إجراءات العمل العلاجي وتحديد فيما إذا كانت الأهداف التي تم تحديدها للعمل العلاجي من قبل يمكن تنفيذها أم لا.
8. **تقييم أداء العميل في العملية الارشادية:** تهدف هذه الخطوة إلى تقييم أداء العميل في العمل العلاجي وتقييم ما تم إنجازه من عمل فيها.
9. **انتهاء العملية الارشادية:** وقد تنتهي العملية الارشادية في جلسة واحدة وقد تستغرق أسابيع أو شهور عدة. ومهما طالت عملية العلاج فهي تبقى عملية إرشادية علاجية، وعلاقة مهنية موقوتة يمضي بعدها كل من المرشد والمسترشد في طريقه.
10. **مراقبة العميل:** تهدف هذه الخطوة إلى التأكد من استمرارية تقدم الحالة بشكل إيجابي، وتلمس فرص المساعدة للعميل، وتحديد مدى وأثر وقيمة نجاح عملية العلاج، وكذلك تحديد مستوى التقدم ونسبته. ومدى استفادة العميل من الخبرات الارشادية التي قدمها له المرشد.

11. **إنهاء الحالة:** وبعد التأكد من ان العمل العلاجي قد حقق أهدافه، وتم تنفيذ الخطوات التمهيدية الخاصة بإنهاء العملية الارشادية يغلق ملف الحالة. وهو أمر يكون في كثير من الحالات صعب ومؤلم بالنسبة للعميل، بحيث يمكن أن تعود بعض الأعراض التي كانت قد زالت منه نتيجة العملية الارشادية خاصة عندما تكون العلاقة الارشادية ناجحة وقوية وذات أهمية بالنسبة للعميل.
12. **تقييم أداء المرشد:** ولابد من تقييم عملية العلاج أولاً وتقييم أداء المرشد وما أنجزه من عمل في عملية العلاج، من أجل الوصول إلى تقدير كيفي للعمل العلاجي أكثر من مجرد تقييم كمي لما يحدث من تغيير نتيجة لها.

(3 – 2) عناصر العملية الارشادية:

1) المرشد النفسي:

أشار اتحاد علماء النفس الأمريكيين إلى مجموعة من الصفات التي يجب ان يتميز بها المتخصصون في الارشاد والعلاج النفسي، يمكن تحديدها في أربعة جوانب رئيسة هي (Corey,2011):

- **الجانب الأول: وهو الجانب العقلي:** والذي يعتبر المرشد النفسي متميزا في ذكاءه، قادر على محاكمة الأمور الإنسانية، ومواجهة المشكلات، متبصرا. وتشير الدراسات العديدة في مجال العلاج النفسي، أن من الصعوبة نجاح متوسطي الذكاء والقدرات في عملهم كمعالجين نفسيين. (هنا وهنا، 1991)
- **الجانب الثاني: وهو اهتمامات وميول المرشد النفسي:** فقدرة المرشد النفسي على التحمل على تكون في مستوى لائق إلا إذا كان المرشد نفسه مهتما بشكل واضح بمشكلات الإنسان. وميلا لفهم الإنسان وخدمته.
- **الجانب الثالث: ويقف عند التحصيل والثقافة والتأهيل:** فنجاح المرشد في عمله لا يقف عند حدود الشهادة التي يحصل عليها في دراسته بل لابد له من امتلاك ثقافة علمية وإنسانية واسعة تحقق له الاطلاع على كل جوانب الأمور المتعلقة بتخصصه كمعالج ويجب أن يكون على اتصال مستمر بمنجزات علم النفس بشكل خاص والعلوم الإنسانية بشكل عام.
- **أما الجانب الرابع: فيتعلق بأخلاقيات المرشد:** ويتجه هذا الجانب إلى الإلحاح على ان المتخصص في العلاج النفسي يحمل شعورا عميقا بأنه يرعى مصالح الآخرين ويحترمهم وأن عمله الأساسي مرتبط ارتباطا وثيقا بتحقيق هذه المصلحة.

ويواجه المرشد النفسي، تنوعا واسعا من الاضطرابات العقلية والنفسية في ممارسته لعملية العلاج النفسي. وان هذه الاضطرابات، تختلف باختلاف الأفراد الذين يقومون بزيارة العيادة النفسية. ومن هنا تبرز أهمية نجاح واستمرار المرشد النفسي في عمله: وعليه أن يتذكر باستمرار، أنه يساعد الآخرين عن طريق الاختصاص الذي اختاره. ولتحقيق هدفه هذا، عليه أن ينمو بالعلم والخبرة للحصول على مزيد من القدرة على تقديم المساعدة لذوي الحاجة إليها. ويكون خبيرا في تخصصه يساعد الآخرين عن طريق الاختصاص الذي اختاره. ومع ذلك، فهو يعترف بعجزه عن تقديم المساعدة للجميع خاصة ما يتعلق منها بالمشكلات المعقدة التي لا يقوى على حلها. وخبيرا أيضا بالحالات الفردية من المرضى. وعليه أن يعير هذا الجانب اهتماما خاصا. خاصة إذا ما نظر بعين الاعتبار إلى تفرد أنواع السلوك الإنساني مهما تشابهت فقراته بين الأفراد. فكل شخص فريد في تكوينه. وعلى المرشد النفسي أن يضع نصب عينيه هذا التفرد.

ولابد من وضوح العلاقة التي تربط بين العميل والمرشد النفسي وحدود هذه العلاقة لكلا الطرفين خاصة وأن كثيرا من قضايا العلاج النفسي تكون من الدقة ما يمكن ان تثير مشكلات للمرشد والعميل على حد سواء.

وحول قيم المرشد وفلسفته في الحياة: فلا يمكن للمرشد أن يضع قيمه وأهدافه للعميل للاستناد عليها في حياته في المستقبل ولابد أن يأخذ بعين الاعتبار سلوك واختيارات العميل في ذلك. وعلى المرشد أن يمنح الحرية للعميل في اختيار قيمه وسلوكه الذي قد يختلف تماما عن المرشد. أنظر مثلا: لو جاءك عميل يحمل قيما تختلف تماما عن قيمك كمعالج ! فماذا تفعل؟ ولو أيقنت أن قيم العميل هدامة له وللآخرين! فماذا تفعل؟

2) البيئة الارشادية:

يلعب المكان الذي تمارس فيه العملية الارشادية دورا هاما في نجاح العملية الارشادية. فقد يتوقف على خصائص هذا المكان مدى استجابة الحالة وتعاونها. فالغرفة التي يقابل فيها المرشد عملاءه وطريقة ترتيبها. وما تحويه من تجهيزات ومعدات ومكاتب. عوامل يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار:

- **يجب أن يكون حجم الغرفة مناسبا:** فالغرفة الصغيرة تولد الإحساس بالضيق والقلق. والغرف الكبيرة تولد الإحساس بعدم الأمان وعدم السرية. وخير الأمور الوسط.
- **يجب أن تحتوي غرفة العلاج على مقعدين رئيسيين:** مقعد مريح للمتعالج يشعر معه بالاسترخاء. ومقعد للمرشد يفضل أن يتحرك في كل الاتجاهات لاعتبارات عديدة. كما يفضل ان تحتوي الغرفة على مقعدين آخرين لمقابلة أهل العميل.

- يفضل أن تحتوي غرفة العلاج على مكتب إشعارا بوجود علاقة مهنية تسهل كتابة الملاحظات والتقارير. على ألا يكون المكتب ضخما يشعر العميل بالهوة بينه وبين المرشد. ويكون كرسي المرشد على أحد جانبي المكتب حتى يقلل من الشعور بوجود عازل. أما اختيار الجانب فيعتمد على ما إذا كان المرشد يكتب بيده اليمنى أو اليسرى.
- يجب توفير الإضاءة والتهوية. وأن تكون الإضاءة هادئة وغير مباشرة وشاملة لارجاء الغرفة.
- يفضل أن تكون الوان السجاد والستائر وطلاء الجدران الوان هادئة تبعث على الارتياح. وان تخلو من النقوش التي قد تمثل رموزا لها دلالات خاصة عند بعض العملاء.
- يعتبر اختيار المعلقات أو اللوحات على الحائط أمرا هاما. فلا يجوز أن تحمل صورا لأشخاص مقربين من المرشد. فهناك من يعلقون صور أطفالهم أو زوجاتهم أو معلقات تحمل دلالات عنصرية أو اتجاهات معادية لبعض الفئات. فكل ذلك قد يؤثر على بعض العميلين. ومن الأفضل اختيار بعض الآيات القرآنية الكريمة، أو الأقوال، أو الحكم، أو النصائح التي تبعث في النفس الأمن والطمأنينة.
- يعتبر الهاتف من التجهيزات الضرورية. بحيث يتم إنجاز الكثير من الأعمال التي تتعلق بالمهنة عن طريقه. ولكن الأهم من ذلك هو ان لا يتلقى المرشد محادثات تلفونية أو يقوم بها خلال الجلسات الارشادية.
- يفضل وجود خزانة تحفظ فيها المستندات والملفات ونتائج الاختبارات والتقارير ضمانا سرية العلاج. كما يفضل وضع الملفات بعد الانتهاء منها في هذه الخزانة. ولا يجوز ان يبقى ملف أي متعالج على مكتب المرشد أثناء القيام بجلسة علاجية لعميل آخر. ان ذلك يعني انه بالإمكان الكشف عن أسرار العملاء.
- يفضل عدد من المرشدين وجود مكتبة خاصة تضم كتبا ونشرات ومطبوعات تتعلق ببعض الجوانب الارشادية بحيث يمكن استغلال ذلك في المقابلات الارشادية.
- يجب أن تكون الغرفة هادئة فالضوضاء الخارجية ليست مزعجة فقط. وانما يتولد القلق عند الحالة (العميل، أو المريض). فلا يوجد شيء أكثر إعاقة للاسترسال في الحديث الصريح من الاعتقاد بأن الآخرين قد يسمعونه ما دام هو يسمعهم.

3) العلاقة الارشادية:

تعتبر العلاقة الارشادية حجر الزاوية في عملية الارشاد والعلاج النفسي. بحيث يحرص كل المرشدين على أن تبدأ هذه العلاقة بداية حسنة منذ المقابلة الأولى التي تتم بين المرشد والعميل (المسترشد). ويمكن القول أن العلاقة الارشادية تتميز بأنها علاقة مهنية: أي أن لها حدودا وليست علاقة صداقة. ولذلك يحرص المرشد منذ البداية أن يوضح للمتعالج ما الذي يمكن أن

يقدم الأول للأخير. وما الذي يتوقع ولا يتوقع من اي منها تجاه الآخر. وهيعلاقة احترام موجب متبادل وغير مشروط: أي بدون محاولات من قبل المرشد لأن يحكم على العميل حكما تقويميا. علاقة تسودها الثقة والاهتمام المشتركين. كما يسودها نوع من الاعتدال. فلا هي حنو زائد ولا هي تعامل رسمي متزمت. وهي علاقة تفاعل واتصال بين المرشد والعميل (المسترشد). هذا التفاعل هو الوسيلة التي يمكن ان تقوي العلاقة أو تقوضها. ويمكن أن يأخذ التفاعل والاتصال اشكالا عديدة تشمل الاتصال اللفظي والإشارات والتلميحات. وقد يكون رمزيا له معان ضمنية يفهمها كل من المرشد والعميل (المسترشد). ولهذا يهتم المرشد بمجريات التواصل بينه وبين العميل. فهو أي المرشد: يختار: العناصر التي يركز عليها. والعناصر التي يتخطاها. والعناصر التي يستجيب لها استجابة وقتية مباشرة. والعناصر التي يضعها جانبا حتى يأتي وقت مناسب لها في المستقبل.

4) الجلسة الارشادية:

يحتاج المرشد كي يبدأ بعلاقة علاجية سليمة والحفاظ على سلامتها جوا نفسيا صحيا. وطبيعي أن يظهر هذا الجو في كل من الجلسات الارشادية التي تتم بين المرشد والعميل (المسترشد). إن أهم خصائص الجلسات الارشادية التي يمكن أن يتوافر فيها جو علاجي صحي سليم تتضمن:

1. الثقة المتبادلة:

فمن الضروري أن يأمن العميل على نفسه وعلى أسراره. مما يساعده على الاسترخاء والطمأنينة. فيعرض ذاته ومشكلته عرضا صادقا. ويلاحظ أن العميل في الجلسات الأولى التي يقوم غالبا بعملية " جس نبض" للمرشد. فإذا وجد أنه شخص يوثق فيه. ويمكن البوح له بأسرار استمر في المجيء اليه. والبوح بكل ما لديه. أما إذا وجد عكس ذلك. فغالبا لا تستمر عملية العلاج. لهذا تعتبر "السرية المطلقة" من أهم أخلاقيات العلاج النفسي وأبسط قواعده. ومما يؤسف له أن عددا غير قليل بين المرشدين والمرشدات في المدارس يقعون ضحية لاغراء الحديث عن مشكلات متعالجيهم. وهو مما يسهم مساهمة كبيرة في فشل جهود العلاج في المدارس.

2. الاستعداد للمساعدة:

ولا بد أن يتضح للمتعالج تماما أن لدى المرشد رغبة مخلصة في المساعدة. وبذل الوقت والجهد الكافي لتحقيق ذلك. ويستحسن أن يظهر المرشد استعداده لمساعدة العميل في مجالات أوسع من مجرد المشكلة المحدودة طبعا. لا يعني هذا ان يحول المرشد حل مشكلات العميل واحدة تلو الأخرى. فالعميل هو المسؤول عن حل مشكلاته. وغني عن القول هنا أن الاستعداد للمساعدة يجب أن يكون واضحا في الأفعال والأقوال دون الأفعال.

3. **التقبل غير المشروط:**

فلولا أن المسترشد يحس بمشكلة ما لما جاء للمرشد. وبدل أن يزيد المرشد من مشكلة المسترشد بنقده أو لومه أو إطلاق أحكام عليه. يجب أن يتقبله على ما هو عليه ودون التأثر بأي أحكام سابقة. وتساعد المشاركة الوجدانية من قبل المرشد على أن يبلور المسترشد إحساسا بأن المرشد يقبله كما هو. ونعني بالمشاركة الانفعالية الشعور بمشاعر المسترشد وتعزيز ظروفه ومحاولة فهم عالمه الداخلي والخارجي بحيث يتأكد المسترشد أن المرشد يرى الأمور من داخل الإطار المرجعي الذي يعمل المسترشد في ظله.

وللوصول إلى أن يشعر المسترشد بأن المرشد يشاركه ويتقبله، لا بد من أن يسود جو من التلقائية في الجلسة الإرشادية بحيث يتم التعبير عن المشاعر بحرية وصراحة وأمانة ودون تزييف أو تصنع.

4. **حسن الإصغاء:**

إن الجلسة الإرشادية هي فرصة المسترشد لأن يعبر عما لديه. ويسلك بحرية. وعليه، فان حسن الاستماع ودقة الملاحظة وتركيز الانتباه لكل قول أو فعل. كلها عوامل تساعد المرشد النفسي على إدراك الجوانب المختلفة لمشكلة المسترشد. ويكون تدخل المرشد هنا بقدر محدود، وعند الضرورة. وهو تدخل وظيفته الأساسية مساعدة المسترشد على الاسترسال والبوح والتفريغ الانفعالي.

5. **المسؤولية المشتركة:**

فنجاح عملية الإرشاد أمر مرهون بفهم كل من المرشد والمسترشد لدور كل منهما ودور الطرف الآخر. صحيح أن على المرشد أن يساعد المسترشد. لكن هذه المساعدة لا تعني أن يحل له مشكلاته. أو أن يطلب المسترشد من المرشد تحقيق أغراض لا علاقة لها بمشكلته الأولى.

6. **التسامح:**

وهذا أمر يستلزمه " التقبل غير المشروط". فالمرشد ليس سلطة أو سلطانا. فحق المسترشد في تقرير مصيره وتحديد أهدافه واحترام شخصيته كانسان أمور توجب التسامح معه ومعاملته معاملة حسنة والعلاقة الإنسانية بينه وبين المرشد.

ولا شك أن الهدف الرئيسي للعملية الارشادية هو هدف علاجي. وعلى المرشد والمسترشد أن يحددا أهداف العملية الارشادية. في تحقيق الذات. وفهم الذات. وتحقيق إمكانيات وقدرات واستعدادات العميل. وتحويله من النظر إلى خارج نفسه إلى النظر داخل نفسه مع استبصار

أكثر. وتحويله من الكلام من العموميات إلى الخصوصيات. ومن كبت المشاعر إلى اخراجها. وتحقيق التوافق النفسي وتحسين السلوك. وتحقيق السعادة والصحة النفسية.

إن أهم الأهداف الخاصة في العملية الارشادية هي في حل مشكلة العميل من خلال علاقة علاجية ناجحة. وعلى كل من المرشد والعميل أن يعرفا بدقة ووضوح طبيعة هذا الهدف الخاص المباشر وكيفية تحقيقه ومسؤولية كل منهما إزاء هذا. وعلى المرشد أن يبذل كل جهده في سبيل مساعدة العميل لحل مشكلته وأن يقحمه في مشكلته ويوجهه لحلها في إطار العملية الارشادية. والى جانب هذا الهدف الرئيسي الخاص. فقد تكون هناك أهداف خاصة أخرى يجب تحديدها ومعرفتها منذ بدء العملية الارشادية.

(3 – 3) الإعداد للعملية الارشادية:

العملية الارشادية عملية كبيرة لا بد لها من إعداد من جانب المرشد إعدادا يحقق النجاح في العملية الارشادية. ومع ان العملاء يختلفون في نوع وكمية المعلومات التي يقدمونها للمرشد. فان هناك فرصة لتعلم شيء ما عن العميل العميل القادم قبل وصوله. ففي بعض الجلسات سيجري فريق العمل النظامي الدائم تقييما لعملية العلاج ويحدد بالتالي المرشدين له. وفي جلسات أخرى قد العميل نفسه هو المعلومة الأساسية المطلوبة قبل المقابلة الأولى. ومن ثم التوجه لجمع المعلومات الكاملة عن مشكلاته من أجل وضع خطة العلاج.

ولا بد أن يكون المرشد مستعدا للعملية الارشادية. فالعملية الارشادية تحتاج إلى إعداد مسبق. وتخطيط دقيق وتحضير مدروس. بحيث يتوقف نجاح العملية الارشادية على الإعداد الجيد لها وما تتطلبه من استعداد المرشد. وإعداد العميل. وتهيئة الظروف العملية لها. واختيار الوقت والمكان المناسبين لها بحيث يسمح بإجراء العملية الارشادية على خير وجه.

1) استعداد وإعداد العميل (المسترشد):

ولا بد من استعداد العميل للعملية الارشادية. فهو يأتي إلى العملية الارشادية دون أن يعرف عنها شيئا. وقد تكون لديه معلومات خاطئة عنها. ان أتساس العملية الارشادية هي (Corey, 2011):

- الإقبال من قبل العميل: وهو أمر هام جدا وضروري لنجاح العملية الارشادية.
- القبول والتقبل من قبل العميل: ذلك أن أفضل العملاء من قبل بنفسه على العملية الارشادية بحيث يكون لديه: المعرفة والإدراك الكافيين بالعملية الارشادية. واستبصار بمشكلته. وإدراك بحاجته إلى العلاج ومقدر لمسؤوليته فيها. يقبل دون أن يدفعه أحد إليها ودون أن تحيله أية جهة اليها.

2) توقعات العميل/ المسترشد:

يأتي العميل/ المسترشد إلى العملية الارشادية ويكون لديه:

- توقع بالمساعدة والمساندة.
- أو: توقع تحقيق أكثر مما يمكن تحقيقه من جانب المرشد.
- أو: ثقة وأمل في العملية الارشادية.
- أو: مشكلات يعتبر نفسه ضحية لها وللآخرين ليس له يد فيها ومن يلقى بمشكلته على المرشد ويتوقع منه أن يحلها له.
- أو: تصور عن المرشد على أن له صورة " الأب الطيب" المتفهم المتسامح.
- يأتي البعض من العملاء إلى العملية الارشادية بحثا عن طريقة يغير بها شخصيته وسلوكه. والبعض يأتي عمن يغير له شخصيته ويعدل له سلوكه.

ولا بد إزاء هذا، أن يتم ترشيد العميل وتوجيهه نحو العملية الارشادية السليمة حتى يتم البدء بالعملية الارشادية في إطارها الواقعي البناء.

3) جمع المعلومات:

وعلى المرشد أن يبدأ بجمع المعلومات المتاحة عن العميل وفحصها مما قاله العميل العميل وأشار إليه في الاستمارة المقدمة من قبله. وكيفية تصرفه حين يذكر تلك المعلومات. وكذلك عن تجربته التي يمر بها في العيادة. ثم تحديد مغزى هذه المعلومات ودلالتها. والتخطيط للاستراتيجيات التي تساعدك في إجراء المقابلات اللاحقة الخاصة بالمرشدة.

وبعيدا عن الحكم المسبق حول شخص ما قبل جمع المعلومات اللازمة عنه. فان عمل المرشد النفسي هو وضع افتراض من السلوك. والحساسية وأنواع المشكلات الممكنة عند العميل. وباستخدام هذه الافتراضات الأولية. فانه يمكن للمرشد تطوير استراتيجية المقابلة التي تهدف الى زيادة راحة العميل وكفاءة المرشد في جمع المعلومات. وعلى تلك الافتراضات التي يصيغها المرشد لعملية العلاج ان تكون مرنة، وقابلة للتعديل (الإثبات أو الرفض) استنادا إلى خبرات العميل اللاحقة.

ان العديد من الجلسات الارشادية السريرية تتطلب معلومات شخصية (ذاتية) مثل العمر والمستوى التعليمي والعمل والمستوى الوظيفي والوضع المعيشي والأسري، ومصدر الإحالة (من الذي أحال العميل إلى العلاج) وكذلك أسماء المرشدين السابقين. إن التناقض في هذه البيانات ربما ينبئ مسبقا بمشكلات لاحقة. (أنظر نموذج دراسة الحالة، في الوحدة السادسة).

ثم ان أفعال العميل وتصرفاته من خلال اجاباته عن استمارة المعلومات، تزود المرشد بمعلومات هامة. فقد وجد ان المفيد ان ننظر إلى أسلوب الشخص وطريقته خلال المقابلة وكتابة الاستمارة بعين الاعتبار كما هو الحال في تصرفاته خلال الحياة اليومية وبمواقفها المتنوعة. فطريقة حديث العميل بالهاتف ونوعية لباسه ووقت وصوله وردود فعله نحو الموضوعات السرية. واتجاهه، أو موقفه من دفع الأجور، وتصرفه أثناء الانتظار. كل هذه وغيرها من أفعال تمثل بالنسبة للمرشد مصدرا غنيا بالمعلومات.

وان العلاقة المسبقة للعميل مع عيادات نفسية أو مراكز إرشاد أخرى ربما تؤثر في اتجاهه وسلوكه عند المقابلة الأولى له. فمعرفتك للمدة التي انتظرها في العيادة قبل مقابلته الأولى. هي جزء هام وضروري من المعلومات. فإذا كانت فترة الانتظار طويلة فمن المحتمل للمشكلات الحالية أن تحل ويذهب الناس عموما في طلب المرشدة خلال الأزمات التي غالبا ما تنتهي وتجد حلا خلال بضعة أسابيع. والبعض الآخر من الناس قد يجد من مجرد عمل بسيط لطلب العلاج أو الدخول فيه كاتصال مبدئي بالمرشد يزودهم بإحساس مريح وطمأنينة تنهي مشكلاتهم. بالرغم من ان البعض الآخر قد تتعقد وتتطور مشكلاتهم لأنهم يشعرون بأنهم مكرهين أو مجبرين على إجراء تغيير حاسم في حياتهم كتغيير العمل أو الابتعاد والانفصال المؤقت عن الزوج من اجل حل تلك المشكلات.

4) المقابلة الأولى:

وعلى المرشد النفسي ان يقوم بإجراء المقابلة الأولى للعميل بفعالية وإيجابية في جو مريح ومقبول يتيح للعميل التواصل والتفاعل بحرية. وان يقوم بجمع المعلومات الضرورية والمتعلقة بمشكلات العميل. حتى تتاح له فرصة إجراء التقويم وتشخيص الحالة واعداد خطة المرشدة.

وهنا، فانه لا يمكن تزويد المرشد المبتدئ بخطوط أو إرشادات مكتوبة تغطي كل المواقف والحالات المتنوعة التي يواجهها المرشدون أثناء المقابلات. فكل عميل يحضر تحديات متنوعة. وكل موقف أو مقابلة يجب إجراؤها بمرونة. فكل مقابلة تستدعي إجراءا وعملا مختلفا.

تمثل المقابلة الأولى موقفا مرعبا لكل من العميل والمرشد المبتدىء، انها فترة التقويم الناضج حيث سيهتم المرشد كثيرا بما يفكر فيه العميل. وليس من السهولة بالنسبة للمتعالج ان يسأل المرشد ويطلب منه المساعدة. فهو (العميل) قلق حول توقعاته لما ستكون عليه مشكلاته. وهو يدخل اللقاء الأول مع خوف وتوقعات كثيرة اغلبها يكون مبالغ فيها بدرجة كبيرة. وقد يكون العميل خائفا من ان ينظر إليه المرشد على انه بليد أو كسول. أو انه ضعيف واتكالي. وربما يخشى التصريح عن بعض المعلومات الخطيرة المقلقة إلى شخص غريب. وخلال جلسات التدريب

قد يندهش العميل ويتساءل عن كفاءة المرشد. خاصة إذا كانت مشكلاته خطيرة وتصدم المرشد المبتدىء. (Warters, 2004)

ومخاوف العميل وتوقعاته التي يظهرها في الجلسة الأولى يمكن ان يكون لها تأثير قوي في المرشد النفسي. وأن نوعية المشكلات قد تزيد من شعور المرشد بأنه غير جدير. وفي الوقت نفسه قد تؤكد للمرشد نفسه انه قادر على تقديم التفهم والمساعدة اللازمة. مما يتطلب من المرشد ان يقدم النصيحة والطمأنينة وأن يخطط للعمل مسبقا من اجل نجاح العملية الارشادية التي يقوم بها.

رابعاً: الاتصال في العملية الارشادية:

الاتصال عملية تفاعل اجتماعي Social interaction تهدف إلى تقوية الصلات الاجتماعية في المجتمع عن طريق تبادل المعلومات والأفكار والمشاعر التي تؤدي إلى التفاهم والتعاطف والتجاذب أو التباغض. ومما لا شك فيه ان عملية الاتصال من المفاهيم الحديثة التي لا تزال في حاجة إلى إسهامات متعددة من سائر المتخصصين من أجل تمحيصها وتنقيحها حتى تصبح واضحة ومحددة لا سيما وأن تحديد المفاهيم العلمية يعتبر الخطوة الأولى نحو الوصول إلى الموضوعية العلمية.

وقد تحدث ميد Mead حول الاتصال بقوله أن " عملية الاتصال لا يمكن أن تتحقق، وأن تحدث في حد ذاتها. ولكنها كافتراض أساسي للعملية الاجتماعية وفي مقابل ذلك تعد العملية الاجتماعية افتراضا أساسيا للاتصال الممكن. وعليه، فان الاتصال لا يتحقق إلا من خلال عملية اجتماعية وهذه العملية الاجتماعية هي التفاعل. وهذا التفاعل لا يتحقق إلا في مجتمع بمعنى ان الاتصال هو نتاج تفاعل بين الفرد والمجتمع. ويتكون التفاعل في المجتمع من أربعة عوامل متداخلة تشمل ما يلي (أبو اسعد، 2009):



- **العامل الهادف:** بمعنى ان التفاعل يوجه نحو هدف قد يكون غامضا أو واضحا أمام كل من المشتركين في نشاط ما لمحاولة فهمه.

- **العامل الشخصي:** أي ان التفاعل يكون شخصيا أي التفاعل الذي يقوم على حرص وحذر كل شخص من الآخر.
- **العامل الانعكاسي:** بمعنى أن يكون التفاعل قائما على الفروق التي تنشأ في الموقف الاجتماعي بين أطراف التفاعل. فالتفاعل يتحقق من خلال ثلاثة نماذج هي: التفاعل وجها لوجه، والتفاعل الداخلي، والتفاعل عن طريق وسيط أو وسيلة كالكتاب مثلا.
- **العامل التاريخي:** أي أن يستمد التفاعل عناصره من التاريخ. بمعنى ان التفاعل ليس مجرد تعبير عن حقيقة ثابتة فقط وإنما الأفراد يحملون تاريخ حياتهم في داخلهم. ومن ثم فان أي سلوك يقع منهم يمكن تعليله بما حدث لهم في الماضي. ومن جهة أخرى فان التفاعل تاريخي أيضا باعتباره تجسيدا بشكل كلي أو جزئي للتراث الاجتماعي القديم أو الحديث طبقا للحالة التي يكون عليها متخذا هذا التفاعل خمسة نماذج رئيسة هي: الاتصال، والتنافس، والصراع، والتكيف، والتمثيل.

ولعملية الاتصال وجهان: إيجابي يؤدي إلى تماسك المجتمع وتدعيم علاقات أعضائه الاجتماعية وزيادة فعالية ذلك المجتمع. والآخر سلبي يؤدي إلى تفكك المجتمع وتحطيم شبكة العلاقات بين أفراد المجتمع، ومن ثم تزداد في المجتمع عوامل التخلف مما يؤدي إلى انحطاط وهرم المجتمع.

ويشير الباحثون إلى أربعة أشكال للاتصال هي:

- **الاتصال الذاتي:** الاتصال بين الفرد وذاته. وهو الاتصال الذي يتمثل في الشعور والوعي والفكر والوجدان وسائر العمليات النفسية الداخلية للفرد.
- **الاتصال الشخصي:** وهو الاتصال بين شخص وآخر.
- **الاتصال الجمعي:** وهو الذي يتمثل في الاتصال من مصدر واحد إلى عدة ملايين كما يحدث في وسائل الإعلام أو بين الملايين والمصدر كما يحدث في الإدلاء بالأصوات في الانتخابات.
- **الاتصال الثقافي:** وهو الشكل الذي تتفاعل فيه البيئة الثقافية في شكل عمليات اجتماعية تتنوع فيها المعلومات، المؤتمرات والمنظمات.

(4 – 1) دورة الاتصال في العملية الارشادية ومراحلها:

يمكن تقسيم الدورة الاتصالية إلى خمسة عناصر رئيسية تتكون من **المرسل:** الذي يصوغ فكرته في كلمات أو رموز معينة ويبعث بها إلى **المستقبل:** الذي يدرك معاني تلك الكلمات أو يفك هذه الرموز ثم يستجيب إيجابا أو سلبا معبرا عن رده أو انطباعه برسالة جديدة ويبعث بها إلى المرسل منه. الذي يستقبلها ويفهم معاني كلماتها. (Moorehead & Griffin, 2007).

1) أشكال الاتصال الإنساني:

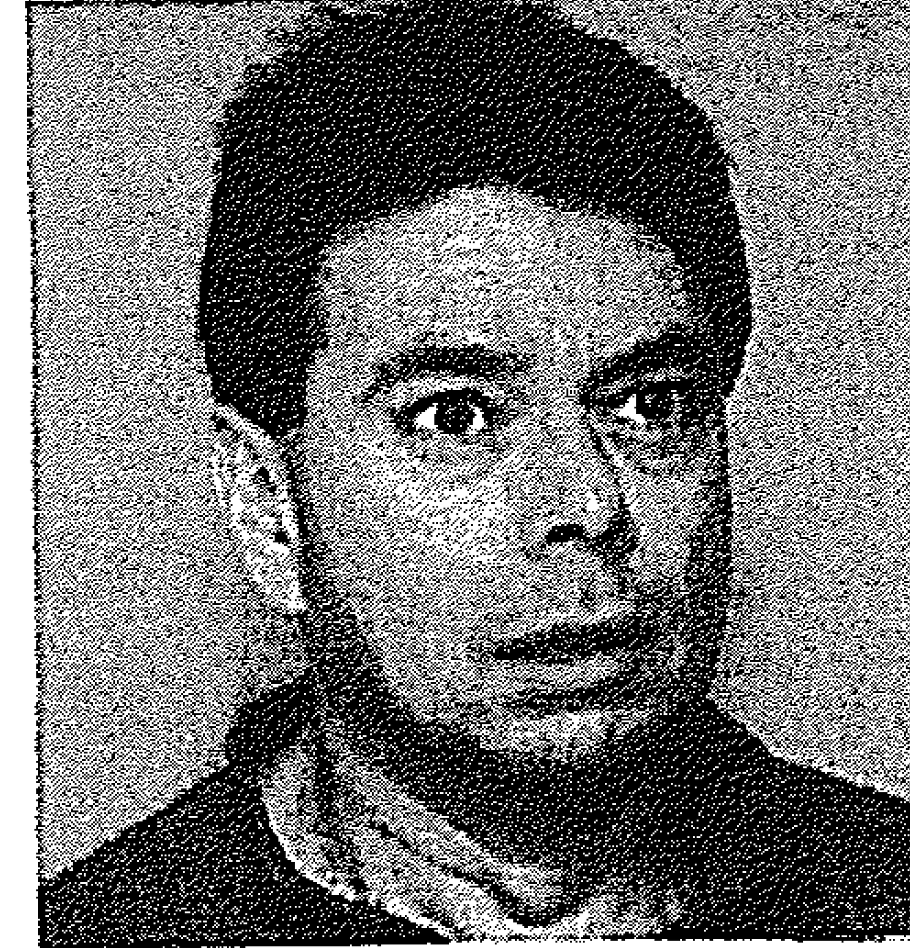
تأخذ اللغة التي هي أداة الاتصال والتفاهم بين الناس شكلين هما (Thompson, 2003):

- الاتصال اللفظي (منطوق ومكتوب).
- الاتصال غير اللفظي: (لغة الإشارات وأعضاء الجسم ويأخذ الاتصال غير اللفظي عدة أشكال من أهمها: لغة الإشارات (الصم والبكم)، ولغة أعضاء الجسم (الرأس، العينين، اليدين، الابتسامة، تعبيرات الوجه.. الخ)، لغة الصمت (من خلال الفنون التعبيرية المختلفة: كالرسم والنحت والموسيقى أو الحركة: كالباليه والرقص... وما إلى ذلك)، نغمة الصوت، المكان أو الحيز.













ويختلف الاتصال اللفظي عن الاتصال غير اللفظي كما يتشابهان في مواقف عدة فالاتصال اللفظي والاتصال غير اللفظي هما نتاج الإنسان، ويستخدمان رموزا على شكل كلمات منطوقة أو إشارات وحركات لها معان:

ويستخدم الاتصال اللفظي وغير اللفظي معا في مجال كثيرة من الحياة اليومية للفرد والجمع بين شكلي الاتصال اللفظي وغير اللفظي يساعد في تحقيق التفاعل الاجتماعي بين أفراد الجماعة الواحدة. فالجمع بين الاتصال اللفظي وغير اللفظي يساعد في التعبير عن المشاعر والأفكار بقوة. وقد يكمل الاتصال غير اللفظي الاتصال اللفظي كأن تستخدم الإشارات والرموز في توضيح عدد من الأمور التي يحتاجها الشخص الآخر الذي تجري الاتصال معه. وفي بعض الأحيان يحل الاتصال غير

اللفظي محل الاتصال اللفظي أو يستبدل به. فالصم والبكم من الناس غالبا ما يعتمدون على لغة إشارة الصم والبكم في الاتصال مع المجتمع. وقد يرافق الاتصال اللفظي غير اللفظي. فكثيرا ما نتكلم ونكتب ونؤشر بأيدينا أو رؤوسنا أو أعيننا في نفس الوقت. كما يساعد في إعادة الرسالة الاتصالية أو تكرارها. وقد يكون الاتصال اللفظي على النقيض من الاتصال غير اللفظي فكثيرا من الحركات والمظاهر التي تبدو على الشخص تنم عن مشاعر وأفكار تكون نتاج تفاعلات بيولوجية في الجسم فنستخدم الاتصال غير اللفظي دون وعي منا بأننا نستخدمه.

2) مراحل عملية الاتصال:

للاتصال ستة مراحل (Moorehead&Griffin, 2007) هي:

1. **مرحلة إدراك الرسالة:** بحيث يتخذ المرسل أو المصدر قراره بإرسال الرسالة الاتصالية التي تنتج عن فكرة أو مشاعر أو مؤثر يدفعه إلى إرسال رسالته للمستقبل.
2. **مرحلة الترميز:** وهي مرحلة تحويل المعاني إلي رموز لغوية بحيث يعتمد نجاح الرسالة على مدى اختيار الرموز المناسبة للمستقبل والموقف الاتصالي الاجتماعي.
3. **مرحلة اختيار وسيلة أو قناة الاتصال:** بما يتناسب وطبيعة الرسالة وطبيعة الطرف الآخر المستهدف ان كان فردا أو جماعة. وقد يختار المرسل وسيلة واحدة أو أكثر للاتصال كالوسائل السمعية أو البصرية أو كلتيهما أو غير ذلك من وسائل الاتصال.
4. **مرحلة فك الرموز:** ونعني بها عملية تحويل رموز الرسالة الاتصالية الواصلة إلى المستقبل إلى معان. وعلى المستقبل أن يفهم الرسالة أولا ومن ثم يرد عليها.
5. **مرحلة الاستجابة أو ردود الفعل على الرسالة:** مما يعني مدى قبول أو رفض الرسالة من قبل المستقبل حيث تكون الاستجابة إما مباشرة أو غير مباشرة أو ضعيفة أو قوية أو سلبية أو إيجابية أو عقلية أو مادية. وتكمن أهمية الاستجابة في أنها تخبرنا عن مدى نجاح الاتصال أو فشله.
6. **مرحلة فك الرموز:** وهي عملية تحويل رموز الرسالة الاتصالية الجديدة (الاستجابة) إلى معان وفي هذه المرحلة يقوم المستقبل الجديد (المرسل الأصلي) باستقبال استجابة المرسل (المستقبل الأصلي) التي هي على شكل رسالة اتصالية فيفك رموزها ويفهم معناها. وتستمر الحالة هكذا بين مستقبل ومرسل حتى يتحقق الهدف الكلي من الاتصال.

(4 – 2) عناصر الاتصال وأهدافها:

للاتصال ستة عناصر رئيسة (Moorehead&Griffin, 2007) هي:

1. **المصدر / المرسل Source \ Sender:** المرسل هو منشئ الرسالة قد يكون شخصا أو محطة إذاعية أو مطبعة أو محطة تلفاز... أو غير ذلك.
2. **الرسالة Message:** الرسالة أساس عملية الاتصال وقلبها. وهناك أشكال متعددة للرسالة. فقد تكون الرسالة على شكل كلمة مطبوعة أو مكتوبة أو موجات صوتية في الهواء أو موجات كهربائية في سلك أو إشارة يد أو عبوس وجه أو ابتسامة عريضة أو مقالة في صحيفة ...إلى غير ذلك من الأشكال المتباينة.
3. **الوسيلة / القناة Medium\Channel:** الوسيلة هي الأداة التي تنقل الرسالة الاتصالية من المرسل إلى المستقبل والوسيلة لها اشكالها المختلفة. فقد تكون سمعية كما في الإذاعة أو بصرية كما في المطبوعات أو سمعية بصرية أو غير ذلك.
4. **المستقبل / الجمهور المستهدف:** وهو هدف عملية الاتصال وعلى رجل الاتصال ان يعرف خصائص المستقبل وطبيعته حتى يتمكن من مخاطبته وأن يستحوذ على قلبه وعقله فيستجيب له بسرعة ويتبنى أهدافه الاتصالية.
5. **الاستجابة / التغذية المرتدة أو رد الفعل:** والاستجابة هنا هي مدى قبول الرسالة أو رفضها. وقد تكون الاستجابة سريعة أو بطيئة أو متأخرة، سلبية أو إيجابية لفظية أو غير لفظية أو قد تكون الرسالة رد فعل من جنس الرسالة أو على النقيض منها.
6. **التأثير:** التأثير هو المحصلة النهائية للاتصال. ويتم بتغيير معلومات واتجاهات وسلوك المستقبل بما يتفق وأهداف المرسل.

يهدف الاتصال إلى تغيير في:

- **المعلومات:** ويتم فيها تزويد المستقبل أو المستقبلين بمعلومات صحيحة وصادقة تمكنه أو تمكنهم من اتخاذ القرارات الصائبة والسلوك السوي ومعلومات جديدة إضافية لم يطلع عليها أو يعرفها من قبل عن الفكرة أو الموضوع أو الشخص مدار البحث. وتصحيح معلومات أو مفاهيم أو أفكار خاطئة علقت في ذهن المستقبل وإعطاء المستقبل معلومات ناقصة على شكل انصاف حقائق أو على شكل أكاذيب أو فرض حظر على المعلومات عن طريق الرقابة أو فرض تعتيم إعلامي على المعلومات بطريقة غير مقصودة أو مقصودة.
- **الاتجاهات:** يمثل الاتجاه الإطار المرجعي الذي يزودنا بالمعلومات التي تجعلنا نشعر مع الآخرين أو نتضامن معهم أو نحصل على دعمهم (حريم، 2009). ويتكون الاتجاه من

جوانب ثلاثة هي: الجانب المعرفي: كالاعتقادات والحقائق والمعلومات، والجانب العاطفي: كمشاعر الحب والكراهية، والجانب السلوكي: كالعمل.

- **ويهدف المصدر او المرسل أن يؤثر على اتجاه المستقبل في الجوانب التالية:** تقوية او تعزيز الاتجاه الموجود لدى المستقبل، وتعديل اتجاه المستقبل نحو الأفضل أو الأسوأ، وتغيير اتجاه المستقبل. ويغير الناس اتجاهاتهم عادة لسببين اثنين هما: القيام بالأعمال بشكل افضل أو لإشباع حاجات الفرد الداخلية. والحصول على قناعة داخلية إلى حد ما. وتعديل أو تغيير السلوك العلني للمستقبل أو للمستقبلين.

(4 – 3) وظائف الاتصال في العملية الارشادية:

للاتصال في العملية الارشادية عدة وظائف من أهمها ما يلي:

- **وظيفة تثقيفية:** يسعى الاتصال إلى تزويد الناس بالمعلومات النافعة لهم في جميع نواحي حياتهم المختلفة وبالتالي فان هدف الاتصال هنا هو تزويد الآخرين بالثقافة التي تساعد على تضامن المجتمع بشتى أنواع مؤسساته.
- **وظيفة تعليمية:** الاتصال عملية تفاعل اجتماعي بين المعلم وطالبه تتميز بالأخذ والعطاء والفعل ورد الفعل والاتصال يهدف هنا الى تزويد المتعلمين بالخبرات والمواقف والأفكار والقيم الاجتماعية التي تساعدهم على التكيف مع المجتمع.
- **وظيفة اجتماعية:** والاتصال عملية تفاعل اجتماعي تقوم بنقل معلومات وتهدف إلى تغيير السلوك الإنساني ويعتبر الاتصال أداة فعالة في تكوين العلاقات الإنسانية عن طريق تسهيل تبادل المعلومات بين الناس.
- **وظيفة سياسية:** يسهم الاتصال في التثقيف السياسي ويسهل الاتصال بين الحاكم والمحكوم ويوطد العلاقة بين القائد ورعيته ويسهم في تشكيل الرأي العام والرد على الدعايات المتباينة. كما يسهم في التفاهم بين الشعوب.
- **وظيفة فكرية (دينية):** للاتصال دور كبير وفعال في نشر الدعوات والتعاليم الدينية في شتى بقاع الأرض كما أن للاتصال دور فاعل في بناء الحضارات ونشر الثقافات بين الشعوب.

(4 – 4) خصائص الاتصال:

للاتصال خصائص متعددة تتمثل في الآتي:

- **الاتصال عملية ديناميكية Dynamic Process:** (Lahey, 2009) فالاتصال عملية تفاعل اجتماعي يتم فيها تبادل المعلومات والأفكار بين الناس يتأثر الناس بالرسائل الاتصالية فيغيروا من معلوماتهم واتجاهاتهم وسلوكياتهم وعملية الاتصال بصفتها عملية تفاعل اجتماعي تمكننا من التأثير في الناس والتأثر بهم فنتكيف مع الأوضاع الاجتماعية المختلفة مما يعني ان الاتصال تعني التغير المستمر في الحياة.
- **الاتصال عملية مستمرة Continuous Process:** والاتصال حقيقة من حقائق الكون المستمرة إلى الأبد ليس لها بداية أو نهاية ونحن على اتصال دائم مع أنفسنا ومع الآخرين إلى أن يرث الله الأرض ومن عليها.
- **الاتصال عملية دائرية Circular Process:** لا تسير عملية الاتصال في خط واحد من شخص لآخر فقط بل تسير بشكل دائري حيث يشترك الناس جميعا في الاتصال في نسق دائري فيه إرسال واستقبال وأخذ وعطاء وتأثير وتأثر يعتمد على استجابات المرسل والمستقبل.

- **الاتصال عملية لا تعاد Unrepeatable Process:** تتغير الرسالة الاتصالية بتغير الأزمان والأوقات والجمهور المستقبل وكذلك معناها.
- **لا يمكن إلغاء الاتصال Communication is Irreversible:** (Johnson & Johnson, 2009) ليس من السهل إلغاء التأثير الذي حصل من الرسالة الاتصالية وان كان غير مقصود كزلة اللسان مثلا أو الخطأ في تخير الزمان أو المكان أو الموقف الاجتماعي.
- **الاتصال عملية معقدة Communication is a complex process:** الاتصال عملية تفاعل اجتماعي تحدث في أوقات وأماكن ومستويات مختلفة فهي عملية معقدة بالنظر لما تحويه من أشكال وعناصر وأنواع وشروط يجب اختيارها بدقة عند الاتصال.

خامساً: المعلومات اللازمة للعملية الارشادية:

يمكن الحصول على المعلومات اللازمة للارشاد النفسي من اطراف عديدة لهم علاقة مباشرة او غير مباشرة بالعملية الارشادية.

فالمسترشد هو المصدر الرئيسي للمعلومات وهو الاقدر على وصف مشاعره وعرض مشكلته خاصة اذا تعلق الامر بالمعلومات ذات الخصوصية التي يتضمنها محتوى مفهوم الذات والتي لا يستطيع احد غيره تزويد المرشد بها. وعلى المرشد ان يأخذ بعين الاعتبار للطريقة التي يمكنه الحصول على المعلومات من المسترشد دون اية ضغوط عليه. وان يقدم كل المعلومات اللازمة للعملية الارشادية برضاه.

ويمكن للمرشد النفسي الحصول على المعلومات اللازمة للعملية الارشادية من الوالدين وهما يمثلان مصدرا رئيسيت من مصادر الحصول على المعلومات كونهما عايشا حياة المسترشد منذ ولادته وتابعا العوامل التي اثرت في بناء شخصيته سلبا او ايجابا.

ولا شك بان الاخوة والاقارب مصادر مفيدة كذلك للحصول على معلومات وفيرة عن المسترشد فهم يعيشون معه ويؤثرون فيه ويعرفون عنه الكثير وربما كانوا سببا في ظهور مشكلاته.

وغالبا ما يكون الافراد علاقات حميمة مع الاخرين بحيث تسمح له الافضاء عن مشكلاته لتلك الصداقات التي بناه معهم خاصة في مرحلة المراهقة بحيث يكون هؤلاء الاصدقاء مصدرا مهما في الحصول على المعلومات عن المسترشد. الا انه يجب الاخذ بعين الاعتبار عدم اللجوء الى تلك الصداقات الا في الحالات الضرورية بحيث تؤخذ المعلومات في حدود السرية. وتشير عدد من الدراسات في هذا المجال عدم اللجوء الى الاصدقاء في الحصول على المعلومات المطلوبة للعمل الارشادي لما في ذلك من خطورة على سير العملية الارشادية برمتها.

ويعتبر المعلم كذلك مصدر معلومات مهم بعد اسرته ووالديه وربما يفوقهم اهمية خاصة وان المدرسين يتعايشون مع الطلبة ويعرفون الكثير من سلوكياتهم ونواحي القوة والضعف وتصرفاتهم واتجاهاتهم واهتماماتهم وسلوكهم العام.

ويمكن للمرشد النفسي الحصول على المعلومات المتخصصة من الاختصاصيين الاخرين الذين تعاملوا او يتعاملون مع المسترشد وقدموا له الخدمات النفسية والاجتماعية اللازمة. ومن هؤلاء: الاخصائي الاجتماعي، الاخصائي النفسي، الطبيب،.. وغيرهم...

واثناء سير العملية الارشادية من قبل المرشد النفسي، فلربما يحتاج الى مزيد من المعلومات يتوجب عليه الاتصال بمصادر أخرى لها علاقة وثيقة بالحالة. كالسجلات الخاصة بالمسترشد ومذكراته الشخصية. واية وثائق يمكن الاستفادة منها في دراسة الحالة.

(5 – 1) شروط عملية جمع المعلومات:

على المرشد النفسي الذي يسعى للحصول على اكبر قدر من المعلومات عن الحالة – موضوع دراسته – الالتزام بما يلي:

- **سرية المعلومات**: وهو ما يجب تأكيده للمسترشد ليتمكن المسترشد التحدث بحرية واطمئنان ودون خوف او وجل من المعلومات التي يمكن منحها للمرشد سوف لن تصل الى طرف آخر.
- **الدقة والموضوعية**: الدقة والموضوعية هي اساس العمل الارشادي. وعلى المرشد ان يتوخى الدقة والموضوعية وعدم التحيز او المبالغة في المعلومات التي يقوم بجمعها حتى يتمكن من التشخيص الدقيق للحالة موضوع الدراسة وملاحظة مدى التغير الذي طرأ ويطرأ على الحالة موضوع الدراسة.
- **الصدق والثبات**: وهذا يؤكد بأن المعلومات التي يتم الحصول عليها يجب ان تعبر فعلا عما تعنيه من دلالة على سلوك الحالة وعدم تغير المعلومات بسرعة بين جلسة وأخرى.
- **التكرار**: ان المعلومات السلوكية الهامة هي التي تتسم بالتكرار اي عدد مرات حدوث السلوك والاستمرار وتعني كم من الوقت مضى على حدوث السلوك آخر مرة. وعلى المرشد النفسي التؤكد من تكرار السلوك واستمراره لدى الحالة حتى يبدأ عمله الارشادي. فالسلوك العارض المؤقت ليست له اهمية بالنسبة لتشخيص الحالة.
- **التشخيص**: ونعني به تحديد العوامل المسببة والاعراض بدقة في ضوء دليل الفحص ودراسة الحالة.
- **التراكمية**: وتشير الى الاهتمام بالمعلومات الطولية فحياة المسترشد وحدة متصلة مستمرة. وسلوكه الحاضر له جذوره في الماضي ويؤدي الى سلوكه في المستقبل.
- **التأكد**: وعلى المرشد النفسي التأكد من توافر الادلة الكاملة للسلوك المرضي عند المسترشد وصدقها. والاهتمام بالمظاهر المرضية الدائمة طويلة المدى التي تؤثر في سلوك المسترشد وعلى حياته.
- **الاعتدال**: تشير الى عدم التورط في خطأ التعميم السريع او غير المحدود. وعدم الافراط كذلك في تطبيق القواعد العامة على حالة المسترشد الخاصة. مع مراعاة الفروق الفردية بعين الاعتبار.
- **تجنب اثر الهالة**: اي تجنب اثر الفكرة العامة عن المسترشد او الفكرة السابقة عنه او صفة مميزة له عند تشخيص حالته او ارشاده.
- **تقييم المعلومات**: وعلى المرشد النفسي تقييم المعلومات التي يتم الحصول عليها وتحديد ما

اذا كانت تلك المعلومات تمثل حقائق واقعية او انها مجرد احتمالات وان يتوخى الحيطة في سلامة الحكم والتقدير.

- **تنظيم المعلومات:** بعد ان يتم الحصول على المعلومات الكافية للبدء بالعملية الارشادية من قبل المرشد فان عليه القيام بتنظيم تلك المعلومات وربطها بعضها ببعض وتفسيرها متوخيا الدقة والموضوعية. وان يقوم كذلك بتلخيص المعلومات من اجل ابراز الحالة التي يعاني منها المسترشد.
- **المعلومات وسيلة وليست غاية:** ان المعلومات التي يسعى المرشد النفسي الحصول عليها عن الحالة انما هي وسيلة للقيام بالعمل الارشاد والسعي لحل مشكلات المسترشد وليست غاية في حد ذاتها.

(5 – 2) تنظيم المعلومات وتحليلها:

لتحقيق إجراءات الدراسة التي يقوم بها المرشدون النفسيون عادة. فإنه يلزم القيام بجمع بيانات عن الدراسة وتحليلها بشكل دقيق وشامل. ومن الأهمية بمكان أن يعرف المرشد النفسي طريقة معالجته للبيانات التي يتم جمعها بحيث يمكنه استخلاص مؤشرات نافعة تفيده في تأييد صحة فرضياته أو دحضها. ومن هنا يأتي علم الإحصاء بشقيه الوصفي والتحليلي أو الاستدلالي ليزود المرشد النفسي بأنجع الطرق وأدقها في تحليل وتفسير بياناته.

ويؤدي الحاسوب في عصرنا الحاضر خدمات جليلة للأعمال الإحصائية والعمليات المختلفة التي تتفرع عنها. وذلك، لأن طبيعة هذه الأعمال، وهذه العمليات من حيث تكرارها وتتابعها وانتظامها. تجعل من الممكن أن يؤدي استخدام الحاسوب إلى اتجارها وتحقيق الفوائد المرجوة. والتي تترتب عليها السرعة والدقة التي يمكن أن تنتج بها المعلومات الإحصائية. ولا بد، مع ذلك من النظر بعين الاعتبار إلى ضرورة معرفة المرشد النفسي بالأساليب الإحصائية وقوانينها المختلفة حتى يتمكن من استخدام ما يناسب دراسته منها وفي هذه الحالة يفضل الرجوع إلى كتب الإحصاء المتخصصة ليكون على دراية جيدة بهذه الأساليب والقوانين التي تسمح له بالوقوف على إيجابيات استخدام أسلوب معين وسلبياته.

(5 – 3) الوسائل غير الاختبارية واستخدامها في العملية الارشادية:

يدرس المسترشد المضطرب نفسيا عن طريق مقابلات تتم معه، ومع آسرته، ثم بالفحص النفسي والتقارير المعملية والدراسات الاجتماعية التي تجرى له. بحيث يسهم كل جانب من هؤلاء في إعطاء صورة واضحة عن خلفية المشكلات التي يعاني منها المسترشد.

ويعد الأخصائي الاجتماعي في ميدان الارشاد والعلاج النفسي عن طريق الملاحظة والمقابلات التي يجريها مع العميل واسرته والزيارات الميدانية وتقاريره التي تشتمل على: تاريخ حياة الشخص والذي يشمل على خطوات نموه وإنجازاته الدراسية وتوافقاته الاجتماعية والزواجية وخبرات العمل والحالة الاقتصادية والعوامل الأخرى المتعلقة بالحالة.

ويقوم الطبيب بالفحوص الجسمية والنيرولوجية من اجل تحديد العوامل العضوية التي قد تكون سببا في إحداث حالته المرضية هذه. فيقوم بالدراسة المعملية المستفيضة حول الأمراض الحادة والطويلة في طفولته أو إصابات الدماغ أو النخاع الشوكي أو الاضطرابات المعوية المستمرة او الصداع او الإبصار المشوش أو الاضطرابات الغدية. الى غير ذلك من الحالات التي تسبب اضطرابا في شخصيته.

ويجري الأخصائي النفسي المقابلات مع العميل (المسترشد) ويطبق عددا من الاختبارات النفسية والعقلية عليه ويستخلص النتائج التي تساعده فيما بعد على تقييم قدرات العميل وديناميات شخصيته.

ويدرس الطبيب النفسي كذلك حالة الشخص النفسية وعلاقتها بكل النتائج التي توصل اليها القائمون على إجراءات العملية الارشادية كما تقع عليه مسؤولية تشخيص حالة المسترشد المرضية ومعالجته في ضوء النتائج التي توصل إليها جميع العاملين في عملية الارشاد والعلاج النفسي.

1) **الملاحظة:**

تمثل الملاحظة الخطوة الأولى في التعرف على الحالة الصحية والنفسية للشخص. وتعد من أهم الخطوات في مجال الارشاد والعلاج النفسي. وذلك لأنها توصل المرشد النفسي إلى الحقائق وتمكنه من صياغة فرضياته ونظرياته. وعندما يقوم المرشد النفسي بجمع بياناته عن العميل، فانه قد يحتاج لمشاهدة الظواهر بنفسه، أو قد يستخدم مشاهدات الآخرين للظاهرة أو الظواهر موضوع الارشاد.



وتعد الملاحظة وسيلة يستخدمها الإنسان العادي في اكتسابه لخبراته ومعلوماته حيث

نجمع خبراتنا من خلال ما نشاهده أو نسمع عنه وهي من الألفاظ التي يصعب تعريفها بدقة لأن أي تعريف لها يتضمن الكلمة نفسها أو كلمة مرادفة لها. إلا أنه يمكن الإشارة إلى الملاحظة بمعناها العام بالقول: بأنها توجيه الحواس لمشاهدة ومراقبة سلوك معين أو ظاهرة معينة وتسجيل جوانب ذلك السلوك أو خصائصه.

ويمكن تعريف الملاحظة على أنها: **الانتباه الى ظاهرة أو حادثة معينة أو شيء ما بهدف الكشف عن أسبابها وقوانينها.**

ولما كانت الملاحظة تبدأ عفوية بسيطة. ثم تنقلب إلى إرادية تدفع الملاحظ إلى صياغة فرضية تحكم توجهه نحو الملاحظة العلمية المنظمة. وترتيب الظروف الملائمة لهذه الملاحظة وضبطها. فان ذلك يتطلب من الملاحظ الأخذ بعين الاعتبار لشروط الملاحظة العلمية التالية:

فالملاحظة العلمية ملاحظة منظمة، مضبوطة، ومنضبطة. وموضوعية بعيدة عن التحيز. وتتطلب ملاحظا مؤهلا للملاحظة مستعدا لها قادرا عليها، سليم الحواس، غير قلق أو متوتر، مرتاح النفس قادرا على الانتباه إلي كل ما يجب عليه أن ينتبه إليه. كم تتطلب منه تسجيل الظواهر والمشاهد بأسرع ما يمكن في الحال ان أمكن ذلك. بحيث يكون الملاحظ مهيأ للملاحظة مدربا عليها مخططا لها ومعدا إعدادا كافيا لها. ويملك من المعارف ما يمكنه من دقة الملاحظة وضبطها.

ولابد أن تأخذ بعين الاعتبار للعوامل التالية من أجل الحصول على بيانات مفيدة عند استخدامك وسيلة الملاحظة في جمع بياناتك. (Rummel & Ballaine, 2011):

- احصل على معلومات مسبقة عن الشيء الذي تود مشاهدته: وعليك كأخصائي نفسي أن تقرر مسبقا الجوانب التي عليك ملاحظتها والظواهر التي تستحق التسجيل.
- اختبر الأهداف العامة والمحددة التي تحتاج إلى البحث بحيث تملي عليك الظواهر التي يجب ملاحظتها. ذلك أن صياغتك للبحث وإدراج العناصر المحددة له تملي عليك كأخصائي نفسي الجوانب الواجب ملاحظتها وتفرض عليك أيضا بعض الضوابط مما يتيح لك مجال الحصول على بيانات أكثر دقة ووضوحا لأغراض دراستك وعملك.
- اعتمد طريقة محددة لتسجيل النتائج: ومن الأهمية بمكان تحديد الوحدات الإحصائية والبيانية التي ستستخدم في تسجيل نتائج المشاهدات. وأن وضع برنامج محدد أو قائمة محددة بالأمور التي يجب ملاحظتها. وكيفية إثباته سوف يساعد بالضرورة في الانتهاء من عملية تسجيل البيانات بسرعة وبكفاءة وبأقل كمية من الكتابة.
- استعمل الملاحظة المنظمة بتخصيصك وقتا معينا خارج عملك اليومي من أجل ملاحظة

نمط سلوكي محدد يقوم به الفرد هو موضوع دراستك. أعد ملاحظة السلوك الفرد – موضوع دراستك – للتأكد من دقة المعلومات التي حصلت عليها في ملاحظتك السابقة

- نظم مواقف سلوكية اختيارية للتحقق من عدم دقة الحكم على سلوك شخص ما بواسطة الملاحظة الاجتهادية.
- ركز على سلوك محدد في وقت واحد حتى تكون قادرا على إصدار حكم عادل على نوعية سلوك الفرد بشكل قريب من الواقع.
- كن موضوعيا في ملاحظتك وابتعد عن العواطف الشخصية التي قد تؤثر على نوعية وكيفية حكمك على سلوك الشخص.
- صنف وحدة المعلومات: ومن الضروري تسجيل البيانات بشكل وصفي ومن ثم تدوين بعض التفسيرات لها في نفس وقت حدوثها. وعلى سبيل المثال فقد يلجأ بعض الأخصائيين النفسيين إلى إعداد قائمة (رسم بياني) ذات محورين يسجلون على أحد محوريها نوع السلوك وعلى المحور الآخر ملاحظات وصفية أو تفسيرات لها بحيث يتمكن الأخصائي النفسي من تسجيل بيانات كثيرة قد يصعب جمعها بدونه.
- لاحظ بعناية وبشكل متفحص: وعندما تذهب للقيام بعملية الملاحظة وبعد أن تكون فكرت مليا في جميع جوانب مشكلة البحث ووضعت أسلوبا لتسجيل البيانات الإحصائية وقيامك بالتركيز على الجوانب التي تثير اهتمامك. فانك بالتأكيد سوف تحصل على معلومات موثوقة ودقيقة بشكل أفضل.
- رتب الظواهر بشكل مستقل: خاصة في الحالات التي تقوم بها بملاحظة أمور وصفية. وعليك أن تميز في تصنيفك كل مجموعة أو صفة عن الأخرى، وخاصة عند إعطائك أوزانا متفاوتة لكل واحدة منها. لاحظ أن كثيرا من الأخصائيين النفسيين والباحثين يخلطون بين تقييمهم لصفة يشاهدونها بأخرى. ولا يقيمون الصفات المختلفة بشكل مستقل.
- استخدام وسائل تقنية خلال ملاحظتك مثل: القوائم، مقاييس التقدير، السجلات النفسية، وجداول المشاركة البيانية.
- تدرب جيدا على الوسائل التقنية التي تنوي استخدامها في ملاحظتك.

ونظرا لأهمية الملاحظة في حياتنا اليومية ولكثرة الاعتماد عليها في إصدار الأحكام وتقييم السلوك. وبالنظر لتوخي الموضوعية كشرط أساسي في نجاح الملاحظة كأداة من ادوات القياس. فقد طور العلماء وسائل مقننة لتسهيل عملية الملاحظة واجرائها بشكل مناسب حيث يمكن للأخصائي النفسي استخدام أداة أو أكثر من أدوات القياس الخاصة بجمع البيانات والمعلومات بالملاحظة.

2) المقابلة:

المقابلة أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية. وهي تتكون في أبسط صورها من مجموعة من الأسئلة أو البنود التي يقوم الأخصائي النفسي بإعدادها وطرحها على الشخص موضوع البحث ثم يقوم الأخصائي النفسي بعد ذلك بتسجيل البيانات. وقد عرفت المقابلة بأنها علاقة دينامية، وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر.

وتبرز اهمية المقابلة في التالي (Merton, et al, 2006):

- تعتبر عملية تتيح الفرصة للمستجيب للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات.
- تتحول من أداة اتصال ووسيلة التقاء إلى تجربة عملية. خاصة ما يتعلق منها بميدان الإرشاد بين الأخصائيين النفسيين والآباء بحيث تتيح للآباء أن يتعلموا شيئا عن أنفسهم وعن اتجاهاتهم وعن العالم الذي يعيشون فيه وبالتالي تتكون لديهم أساليب جديدة في التفكير والعادات السلوكية المرغوبة وبذلك تكون المقابلة ميدانا ومجالا للتعبير عن المشاعر والانفعالات والاتجاهات.
- تعتبر المقابلة مصدرا كبيرا للبيانات والمعلومات فضلا عن كونها أداة للتبصير والتوعية والتفاعل الديناميكي.
- تختلف أهداف المقابلة باختلاف الغاية التي تستهدف المقابلة إلى تحقيقها في نهاية المطاف. ويتضح ذلك من الأنواع المختلفة للمقابلة. فلكل نوع هدفه وغرضه المحدد وغايات يحاول المقابلون الوصول إليه.

تعد المقابلة في جمع البيانات والمعلوماتأفضل وسيلة لاختبار وتقويم الصفات الشخصية، وذات فائدة كبرى في تشخيص ومعالجة المشاكل الإنسانية وخاصة العاطفية منها. كما انها توفر عمقا في الإجابات لامكانية توضيح واعادة طرح الأسئلة. وتستدعي معلومات من المستجيب من الصعب الحصول عليها بأي طريقة أخرى لأن الناس بشكل عام يحبون الكلام أكثر من الكتابة. وهي توفر إمكانية الحصول على إجابات من معظم من تتم مقابلتهم (95 ٪) وربما يزيد إذا ما قورنت بالاستبانة. وذات فائدة كبرى في الاستشارات. وتوفر مؤشرات غير لفظية تعزز الاستجابات وتوضح المشاعر مثل نغمة صوت المستجيب، وملامح وجهه، وحركة يديه ورأسه.. الخ. وتزود الأخصائي النفسي بمعلومات إضافية كتدعيم للمعلومات التي حصل عليها بواسطة وسائل أخرى من وسائل جمع المعلومات.

الا إن نجاح استخدام المقابلة في جمع البيانات والمعلومات اللازمة للارشاد يعتمد إلى حد كبير على رغبة المستجيب في التعاون واعطاء معلومات موثوقة ودقيقة. ويصعب مقابلة عدد

كبير نسبيا من الأفراد لأن مقابلة الفرد الواحد تستغرق وقتا طويلا من الباحث. كما انها تتأثر بالحالة النفسية والعوامل الأخرى التي تؤثر على الشخص الذي يجري المقابلة أو على المستجيب أو عليهما معا، وبالتالي، فان احتمال التحيز الشخصي مرتفع جدا في البيانات. مما يتطلب مقابلين مدربين على إجرائها فإذا لم يكن المقابل ماهرا مدربا لا يستطيع خلق الجو الملائم للمقابلة فقد يزيف المستجيب إجابته وقد يتحيز المقابل من حيث لا يدري بشكل يؤدي إلى تحريف الإجابة.

3) **دراسة الحالة:**



برزت أهمية دراسة الحالة في مجالات الخدمة الاجتماعية وبرامج العلاج النفسي والطبي والإدارة والاقتصاد وغيرها من العلوم التطبيقية والإنسانية وظهرت نماذج عديدة من أساليب دراسة الحالة خاصة فيما يتعلق منها بالارشاد والعلاج النفسي. ومع ذلك فقد اتفق غالبية الباحثين على ان دراسة الحالة تهدف الى الإحاطة بتفاصيل الحالة بشتى المجالات الشخصية والحياتية للحالة. كما ثبت جدواها باعتبارها المجال الذي يتيح للأخصائي جمع اكبر قدر ممكن من المعلومات الدقيقة والواضحة حتى يتمكن من اتخاذ قراراته وإصدار حكم نحو الحالة.

يحتوى نموذج الحالة على تفصيلات يستقيها المرشد من مصادر متعددة من أهمها الحالة نفسها كطبيعة المشكلة مثلا وظروفها ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته وإحاطاته. والوالدان والأسرة أو رفاق العمل أو المدرسة أو المؤسسة التي تنتمي إليها الحالة. والتطبيق الميداني لعدد من الاختبارات النفسية والعقلية والتي تكشف قدرات الحالة العقلية وسماتها الشخصية ومهاراتها وميولها المهنية. وكذلك الطبيب المختص حيث يقوم بتزويد المرشد بتفاصيل عن الحالة الصحية والجسدية واصابات الدماغ للحالة. والأخصائي النفسي الذي يقوم بتشخيص الحالة وتطبيق الاختبارات العقلية والنفسية على الحالة. والأخصائي الاجتماعي الذي يقدم معلوماته عن تاريخ الحالة الاجتماعي وظروفها المالية والثقافية والمشكلات التي تعاني منها الحالة ومدى تأثيرها على الحالة.

4) الفحص الطبي:



يتميز الاضطراب النفسي دائما بتغيرات تشمل كل أجزاء جسم المريض. مما يستدعي القيام بإجراءات الفحص الطبي له. وعلي الرغم من ان هذا الفحص قد يقوم به الطبيب النفسي إلا انه من المتبع غالبا ان يقوم به طبيب آخر. فيسجل تاريخا طبيا عاما للمريض ويفحص مدى قيام الأجهزة المتعددة في الجسم بوظائفها بواسطة الفحص المباشر والدراسات المعملية المرافقة لها لنرى فيما إذا كانت هناك عوامل جسمية ساعدت في خلق المرض النفسي الحالي للمريض. (Scully , et al ; 2010)

5) الفحص النفسي:

يقوم الفحص النفسي للشخص على النتائج التي يحصل عليها المرشدمن المقابلات المتعددة للشخص وما تفرزه الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية من نتائج. كما تتم دراسة المظهر العام لسلوكه. وفي هذه الحالة يجب ملاحظة كيفية دخول الحالة إلى حجرة الكشف ومصافحته للموجودينوالتوترات النفس حركية المختلفة التي تعبر عن انفعالاته. واي علامات فيزيولوجية تظهر على الحالة مثل: القلق، بلل اليدين، تصبب العرق من الجبهة، عدم الاستقرار، التوتر، الصوت المنفعل، اتساع حدقة العين. وأي شذوذ على المظهر الجسمي للمريض بما في ذلك: أي خصائص ترتبط بالجنس الآخر. والملبس واستجابة الحالة للفحص من حيث تقبله أن رفضه إياه.



ثم بعد ذلك يتم تسجيل تلك الملاحظات من قبل الأخصائي النفسي آخذا بعين الاعتبار ما يلي:

- **الوعي:** يلاحظ هنا الحالة الوظيفية للاحساسات من حيث: الصفاء أو التلبد، والتوافق في عملية الارتباك أو الذهول.
- **الانفعالية:** ونلاحظ في هذا الجانب: نوع الانفعال: من حيث الشدة والاستمرار في تعبيرات الوجه وتوتر العضلات. والمكونات الانفعالية المضطربة. مثل: الخوف، توهم المرض، توقع الشر، القلق، اليأس، عدم الرضا الاستثارة، التشكك، الغضب، الكراهية.

- **السمات التعبيرية للسلوك:** وفي هذا الجانب نلاحظ: النشاط العام للحالة، واهتمام الحالة بالدوافع والاستعدادات والعادات التي تحدد هذا النشاط، والسلوك التلقائي وغير التلقائي للحالة، ومدى مطابقة سلوك الحالة للواقع.
- **التداعي وعمليات التفكير:** توقيت التداعي، وخصائص عمليات التفكير، وسرعة عملية التداعي أو البطء فيها. مثل: تطاير الأفكار، اضطراب التفكير، الحشو العرضي، وعدم التناسق، والتوقف عن الحديث، أو عدم الملاءمة أو اللغة المستحدثة، المبادأة، الرتابة، أو الكلمات المختلطة.
- **مضمون التفكير والاتجاه العقلي:** الاتجاه العقلي العام، معتقدات الحالة وسلوكياتها، والمحتوى العقلي للعميل خاصة ما يتعلق منها بأفكار: تقدير الذات الزائد، أو التقليل منها، وأفكار توهم المرض، والانعدامية، والأفكار المرجعية، والتأثير، والهذاء ونوعه ان وجد ومحتواه الشعوري.
- **الإدراك:** وفي هذا الجانب يكشف الأخصائي النفسي عن حالات الاضطراب النفسي وخاصة الهذيان، والحالات الانفعالية للحالة، وخبرات الحالة الادراكية ومدى إدراكه أن الهلاوس نوع من الاضطراب.
- **الذاكرة:** وفي هذا الجانب، فانه يمكن للأخصائي النفسي تقدير ذاكرة الحالة البعيدة او القصيرة المدى عند ذكر البيان الزمني عن تاريخ حياته سواء تعلق ذلك البيان بمراحل دراسته، او عمله، وأسماء رؤساء عمله. ويمكن التأكد من هذا الجانب بتطبيق اختبارات الذكاء التي تقيس ذاكرة الحالة.
- **تحصيل المعلومات:** يشير هذا الجانب إلى قدرة الحالة على الإجابة الصحيحة عن أسئلة تتعلق بالأحداث الجارية والمعلومات التي كان قد اكتسبها أثناء دراسته من قبل.
- **الحكم:** نعني بالحكم القدرة على مقارنة الحقائق أو الأفكار لتفهم العلاقات بينها واستخلاص الاستنتاجات الصحيحة منها، وصحة تقديرات الحالة وتفسيراتها للأمور

الموضوعية الخارجية والمدرجة التي يدرك فيها العلاقات التي توجد بين العوامل والأحداث. وهنا يجدر ملاحظة ان حكم الحالة يتأثر بادراك الحالة نفسها وسماتها الشخصية. وعلى الأخصائي النفسي ملاحظة: تقدير الحالة لاضطرابها النفسي، وقدرة الحالة على مقارنة الحقائق أو الأفكار، والقدرة على فهم العلاقات بين الحقائق أو الأفكار أو الموضوعات، ومدى قيام الحالة بأمور عملها بحصافة، ومدى تحمله مسؤوليات أسرته بشكل سليم.

- **الاستبصار:** يقصد بالاستبصار درجة وعي الحالة بمرضها وإدراكها لطبيعته والعوامل المسببة لها وبناء على ذلك فنه يمكن ملاحظةتقدير المريض لكيفية تأثير المشكلات الانفعالية على توافقه الاجتماعي واداء واجباته العادية بنجاح، ومعرفة ما اذا كان المريض، ويدرك إمكانياته، ويرغب في أن يساعده الأخرون، ويدرك المحاولات التي يبذلها للتوافق مع ما يوجد فيه من موقف.
- **الشخصية:** يقوم الأخصائي النفسي بتقييم ما تتسم به شخصية الحالة من نضج وملاحظة ما إذا كانت اتجاهات الحالة تتلاءم ومرحلة نمو شخصيته، ومتسقة مع عمره الزمني.

(5 – 4) الاختبارات والمقاييس:

القياس عملية وصف المعلومات (وصفا كميا) أو بمعنى آخر استخدام الأرقام في وصف وتبويب وتنظيم المعلومات أو البيانات في هيئة سهلة موضوعية يمكن فهمها. ومن ثم تفسيرها بسهولة ويسر. وسوف تجد هنا استخدام القياس النفسي من أجل تحديد هوية الشخص وقدراته ومكوناته. خاصة وأن لكل واحد منا مجموعة من الأنماط السلوكية تختلف إلى حد ما مع الأنماط السلوكية لأنسان آخر. وهذه الأنماط تسمى ب: "الأداء". وهنا لا بد من الإشارة إلى عدد من النقاط التي يجب أخذها بعين الاعتبار (ملحم، 2005):

- أن أداء الفرد يمكن قياسه وتقديره. وهذا يعني أننا نقول انه يمكن تحويل أداء الإنسان من صيغة كمية باستخدام الأرقام حسب قواعد وقوانين معينة.
- أننا عندما نقيس أداء الفرد أو تقديره في مرحلة من مراحله يصبح الأمر بعد ذلك ممكنا للتنبؤ بالمراحل التالية من هذا الأداء أو الأداءات الأخرى.
- ويتضمن مفهوم قابلية أداء الفرد للقياس والتقدير معنى إخضاع هذا الأداء لظروف وعوامل خارجية قد تؤثر بدرجة أو بأخرى في عملية القياس والتقدير مثل ظروف التجريب التي يتعرض لها الإنسان في موقف من مواقف البحث والدراسة.
- ولا شك بأن أداء الإنسان إنما هو دالة خصائصه. وهذا يعني أن كل أداء أو سلوك إنما يصدر عن خاصية واحدة أو مجموعة خصائص يتميز بها الفرد عن غيره من بقية الأفراد.
- إن خاصية الفرد وأدائه والعلاقة بين الخاصية والأداء عنده تختلف من شخص لآخر. وهذا الاختلاف هو ما قامت عليه عملية القياس.

- إن كل درجة (على مقياس ما) إنما تتكون من درجتين هما: الدرجة الحقيقية والدرجة التي تعود إلى الخطأ. ولتحديد العلاقة بين المكون الحقيقي ومكون الخطأ لدرجة ما. فإننا نسلم بأن الدرجة الكلية = الدرجة الحقيقية + الدرجة التي تعود إلى الخطأ. وأن الخطأ يمكن تصنيفه إلى: خطأ ثابت Systematic error وهو نوع من الخطأ يعود إلى المقياس في حد ذاته ويتكرر بصفة منتظمة وله نفس التأثير على كل درجة على هذا المقياس. وخطأ القياس Measurement error: وهو الخطأ الناتج عن استخدام الدرجة الظاهرية في القياس بدلا من الدرجة الحقيقية. وهو نوع من الخطأ يحتاج إلى معالجة إحصائية خاصة للتحكم فيه. وخطأ الصدفة أو العشوائية Random error: وهذا هو الخطأ الذي لا يمكن ضبطه أو السيطرة عليه.

1) دور الاختبارات والمقاييس في العملية الارشادية:

الارشاد النفسي هو العملية التي يمكن بها تنظيم أو عرض المعلومات الخاصة بالفرد على نحو يساعده في الوصول الى حلول فعالة لمشكلات التكيف التي يعاني منها والتي تكون عادة على المستوى السلوكي العادي او السوي. فالمرشد النفسي يتناول هذه المشكلات وأمثالها بالبحث والدراسة والتشخيص والعلاج هو واحد من مجموعة كبيرة من المتخصصين في الخدمات الفردية منهم الاطباء والاطباء النفسيون والاخصائيون الاجتماعيون والمتخصصون في عيادات الاطفال.

وقد أوجز تايلور وبوردين أهمية الاختبارات والمقاييس في عملية الارشاد النفسي بما يلي: (أبو حطب، 2003)

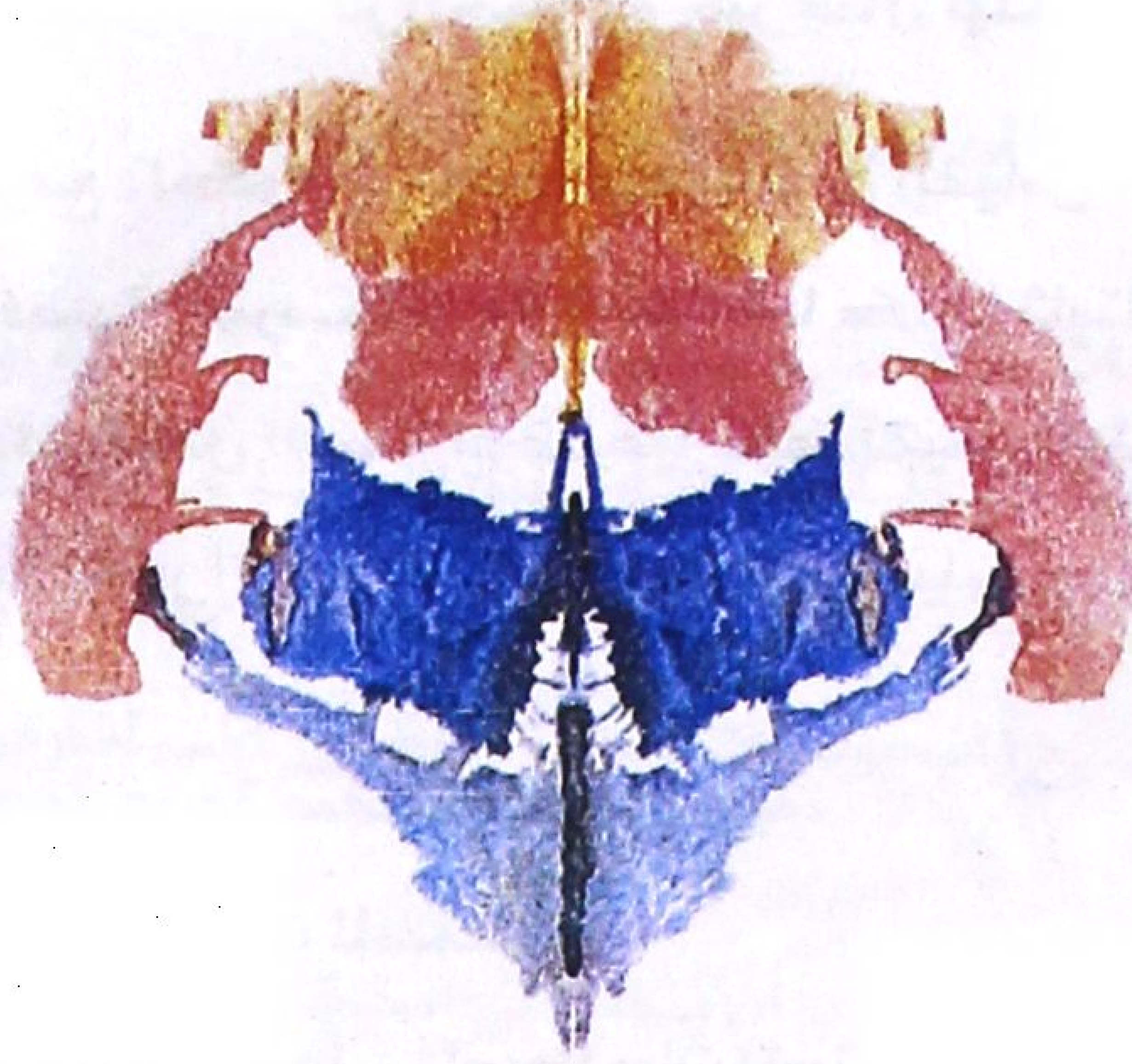
- تمد الاختبارات المرشد النفسي بمعلومات معينة يحتاج اليها في عمله مع الشخص وتساعده في مهمته معه.
- تمد الشخص أو العميل بمعلومات معينة يحتاج اليها وخاصة في اتخاذ قرارات معينة.
- قد تستثير الاختبارات العميل لاستكشاف ذاته.
- ان العميل قد يكتسب استبصارا وفهما لنفسه وهو يقوم بأداء الاختبار.

2) الاختبارات والمقاييس:

الاختبار النفسي هو في الاساس مقياس موضوعي ومقنن لعينة من السلوك والاختبارات النفسية مثل اي اختبارات اخرى تتطلب ملاحظة عينة صغيرة من سلوك الفرد يتم اختيارها بدقة بحيث تمثل السلوك المراد اختبارة تمثيلا دقيقا. ولما كان الاختبار يقيس عينة السلوك، فان

من الضروري النظر الى الاختبارات النفسية باعتبارها عينات من السلوك. ويجب تفسيرها على هذا الاساس. بحيث تضمنت هذه الأدوات جميعا النقاط الرئيسية التالية (ملحم، 2011):

1. **الاختبارات الموضوعية أو مقاييس التقدير:**



تقتصر إجابات المفحوص في هذه الاختبارات على وضع إشارة أو كتابة كلمة صح أو خطأ أمام كل فقرة يراها صحيحة من وجهة نظره بحيث تعتبر هذه الإجابات بمثابة مؤشرات ذات دلالة على سمات شخصيته.

2. **الأساليب الاسقاطية:**

وفيها يترك للمفحوص حرية التعبير والحديث والتعليق على بعض المواقف والمثيرات الغامضة بهدف الكشف عن شخصية المفحوص من خلال ما يسقطه الشخص من مشاعر وحاجات ورغبات. وقد صنف فرانك الأساليب الاسقاطية الى خمسة أقسام هي:

- أساليب تكوينية تنظيمية تتطلب من الفاحص أن يفرض على المفحوص المادة المعروضة. كما في اختبار بقع الحبر لرورشاخ.
- أساليب بنائية تتطلب من المفحوص تنظيم مواد محددة الحجم. كما في اختبار مجموعة اللعب لدريسكول واختبار تكوين القصص المصورة لشيدمان.
- أساليب تفسيرية يطلب فبها من المفحوص تفسيرا لأشياء يجيد فيها معنى شخصيا أو انفعاليا. كما في اختبار تفهم الموضوع.
- أساليب تفريغية أو تظهيرية: تتيح للمفحوص أن يستعيد ذاكرته وأن يتخلص من انفعالاته كما في طريقة اللعب العلاجي من خلال عمل الدمى وتحطيمها أو تشويهها كما في اختبار ليفي Levy الاسقاطي.
- أساليب تحريفية: تعطي صورة عن شخصية المفحوص من خلال التحريف أو التغيير الذي يحدثه المفحوص في أساليب الأطفال كاستخدام أساليب كلامية معينة أو اتباعه طريقة معينة في الكتابة.

3. مقاييس التقدير:

وهو اسهل انواع القياسات الشخصية حيث يقوم الشخص المفحوص تقدير مستوى شخص من الناحية النفسية او التعليمية او الوظيفية. وتعتبر تقارير الكفاية التي تستخدم في مؤسسات العمل والدوائر الحكومية خير مثال لهذا النوع من المقاييس.

ومع ذلك، فقد نواجه صعوبات في القياس خاصة عندما نحاول اكتشاف درجة سمة من سمات شخصية الفرد. فالسمة ليست هنا كيانا ثابتا. وليست شيئا ساكنا وليست كمية. ولهذا فانه لا يمكن قياس السمة موضوعيا كما نقيس الطول والوزن أو عدد ضربات القلب على سبيل المثال ولهذا يجدر الأخذ بعين الاعتبار إلى ما يلي:

- لا توجد درجة صفر كنقطة بداية.
- لا توجد وحدات للسمات.
- لا يوجد اتفاق على المصطلحات المستخدمة.
- لا توجد أداة قياس مقبولة تماما.

وعلى المرشد النفسي ان يتقن المهارات الخاصة بقياس وتقييم سمات شخصية الافراد والتي تتمثل في الاتي (Nitko, 2007):

- **معرفة أنواع التقييم:** التقييم العقلي الذي يهدف الى معرفة نواحي القوة والضعف لدى المسترشد. وتحديد مستواه. بهدف تشخيص الحالة. وتحديد أسباب المشكلة وعواملها الرئيسية. وبالتالي تحديد اهداف العملية الارشادية التي يقوم بها. ومعرفة مدى التقدم الذي يمكن ان تطرأ على حالة المسترشد وتحديد مدى استفادة المسترشد من العملية الارشادية.
- **معرفة أنواع الاختبارات والمقاييس التي تحتاجها العملية الارشادية:** والتي تقيس جوانب القوة والضعف لدى المسترشد. مثل اختبارات الذكاء والقدرات العقلية، العامة والخاصة، واختبارات التحصيل الدراسي، والسمات الشخصية والميول والاتجاهات والقيم. أو كانت تعتمد على القدرة على القراءة والكتابة او القدرة اللفظية او الاداء الحركي العملي.
- **معرفة شروط الاختبار الجيد المتمثلة في صدق وثبات وموضوعية الاختبار وسهولة تطبيقه.**
- **القدرة على اعداد الاختبارات والمقاييس:** المتمثلة في القدرة على دراسة سلوك الفرد المراد قياسه. وتحديد اهداف تلك الاختبارات التي تقيس هذا السلوك. وتنفيذ الخطوات الاجرائية اللازمة لبناء تلك الاختبارات او المقاييس بما يتناسب والبيئة المحلية التي يطبق بها.

- **استخدام الاساليب المختلفة في تفسير نتائج الاختبارات والمقاييس للمسترشد.** سواء كانت بالمقابلة الشخصية او بواسطة استخدام وسائل سمعية او بصرية تساعد في توضيح النتائج. واستخدام الحاسب الالي في مثل تلك الحالات مهم جدا في امكانية تفسير النتائج وتحليلها.

وعلى المرشد النفسي ان ينظر بعين الاعتبار الى نقاط رئيسية ثلاث هي:

- **الاختبار من حيث هو عينة للمنبهات:** فالاختبار بحد ذاته يمثل عدة اسئلة او مشكلات او مواقف معينة يتم تنظيمها بطريقة اصطناعية لاثارة انواع معينة من الاستجابات من الافراد الذين يجري عليهم الاختبار. وحتى يكون الاختبار مفيدا، فانه يجب ان يكون لجميع مواد الاختبار نفس المعنى لدى جميع المفحوصين. وان يكون قادرا على اثارة الاستجابات المتعلقة بالقدرات المطلوب قياسها.
- **الاختبار من حيث هو عينة لقدرة معينة:** ويجب ان ينظر الى استجابات الفرد عن اي اختبار على انها عينة واحدة لعدة طرق كثيرة يمكن ان يعبر بها عن قدرة معينة. وان طبيعة الموضوعات التي يتضمنها الاختبار هي التي تحدد طبيعة القدرات المطلوبة.
- **الاختبار من حيث هو عينة لقدرة الفرد:** ان استجابات الفرد على الاختبار ليست الا عينة واحدة من عدة طرق كثيرة يمكن ان يعبر بها الفرد عن قدرته. وان دقة اي استنتاج يمكن الوصول اليه من نتائج الاختبار تتوقف على دقة تمثيل استجابات الفرد للاختبار لقدرة الفرد.
- **التنبؤ بالفشل او النجاح:** تستطيع الاختبارات ان تتنبأ بفشل الفرد او نجاحه في العمل. فكثير من الاعمال يتطلب قدرا أدنى من قدرة او عدة قدرات معينة. ويمكن استخدام الاختبارات كذلك للتأكد من عدم وجود الحد الادنى المطلوب من هذه القدرات. بحيث يمكن التنبؤ بدرجة جيدة بفشل الفرد او نجاحه في العمل.

3) الخصائص الرئيسية للاختبار الجيد:

عندما نستخدم اختباراً من أجل الحصول على معلومات تساعدنا في اتخاذ قرار ما، فإننا نواجه مشكلة أساسية تتعلق باختيارنا للاختبار الذي يمكن أن يفيدنا في اتخاذ القرار المناسب والوصول من أجل ذلك إلى الحقيقة، وقد تكون هناك بدائل عديدة لاختبارات أو أدوات قياس أخرى يمكن استخدامها لأغراض اتخاذ القرار. ولكن، يخطر ببالنا سؤال جوهري:

- أي هذه الاختبارات أو أدوات القياس هو الأفضل في تقديم المعلومات المفيدة؟
- وما هي الأسس التي نستند إليها في اختيارنا أداة القياس؟

ولاشك بأن أمورا كثيرة يمكن أخذها بعين الاعتبار عند تقييم جودة اداة القياس – موضوع الاختبار – فالصدق والثبات والموضوعية والقابلية للاستعمال أمور يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار خاصة وأن الصدق يشير إلى الدرجة التي يمكن فيها لأداة القياس أن تقدم معلومات ذات صلة بالقرار الذي سيبنى عليها، بينما يشير الثبات إلى درجة الدقة أو الضبط والإحكام في عملية القياس بحيث تعطينا معاملات الثبات فكرة عن درجة الاتساق أو التوافق في نتيجة القياس عند تكراره. أما القابلية فإنها تعني عددا من العوامل ترتبط بالاقتصاد في الكلفة والوقت والجهد والملاءمة والقابلية للتفسير، وكلها عوامل تؤخذ في الاعتبار عما إذا كان استخدام اختبار ما أو أداة قياس ما على نطاق واسع أمراً عملياً (Gay, 2007). **ويمكن عرض الصفات المرغوب توافرها في أدوات القياس على النحو التالي:**

1. **تمثيل الاختبار للسلوك المطلوب قياسه:**

يجب ان يقيس الاختبار النفسي عينة من السلوك الانساني. ومن الضروري ان تكون عينة السلوك التي يقيسها الاختبار ممثلة لجميع مجال السلوك الانساني المراد قياسه تمثيلا دقيقا حتى يمكن التنبؤ بسلوك الفرد في مواقف اخرى مشابهة (علام، 2000).

2. **الصدق Validity:**

للصدق مفهوم واسع، وأول معاني الصدق هو أنه يقيس بالفعل القدرة او السمة التي وضع الاختبار لقياسها. بمعنى أن الاختبار الصادق اختبار يقيس الوظيفة التي يزعم أنه يقيسها ولا يقيس شيئا آخر بدلا منها أو بالإضافة إليها (Gay, 2007). واثبات صدق الاختبار يقتضي عادة وجود مقياس خارجي مستقل للقدرات او السمات التي يقيسها الاختبار. ويعرف هذا المقياس بالمحك Criterion او مقياس النجاح في العمل. ثم تقارن درجات الاختبار بالدرجات في مقياس المحك. وتحدد درجة صدق الاختبار بدرجة الارتباط بين نتائج الاختبار ونتائج مقياس المحك. ويسمى هذا الارتباط "معامل الصدق Coeficient of validity وانواع الصدق متعددة:

فيقاس **صدق المضمون Content validity** عن طريق توضيح مقدار تمثيل مضمون الاختبار لأنواع الموقف والموضوعات التي يريد الاختبار قياسها. وعادة ما يستخدم صدق المضمون من اجل تقييم اختبارات التحصيل Achievement tests واختبارات الكفاية Prolicitency tests او اختبارات الحرف Trade tests وحتى يتم تحديد صدق المضمون بدقة، فانه لا بد من القيام بالتحليل المنظم للمواد والموضوعات التي يراد اختبارها حتى يمكن الاطمئنان الى انها جميعا ممثلة في الاختبار وبالنسبة الصحيحة ويطلق على صدق المضمون احيانا بالصدق المنطقي. Logical validity.

ويعتمد **الصدق التجريبي Experimental Validity** في تحديد مدى الصدق على الاتفاق أو الارتباط بين درجات الاختبار الذي تود الكشف عن صدقه ودرجات فحص آخر مثل:

درجات فحص المدرس أو معدل التلميذ في الفصل. ونسمي درجات فحص المدرس في هذه الحالة بالمحك Criterion وهي: الأداة التي نكشف بها عن صدق الاختبار والتي يجب أن تتصف بالموضوعية والصدق والثبات.

ويحسب **الصدق التنبؤي Predictive Validity** في اختبار بإيجاد مقدار العلاقة أو الارتباط بين درجات الاختبار ودرجات محك آخر تجمع عنه المعلومات فيما بعد. وتستخدم النتيجة التي نحصل عليها عادة للتنبؤ بأدائه أو نتيجته مستقبلاً، ويستخرج بمقارنة نتائج الاختبار مع نتائج اختبار آخر. ومن أكثر المشكلات التي يواجهها الباحث صعوبة في اختبارات الانتقاء هي العثور على مقياس مقبول من أجل استعماله كمقياس للمحك في التحقق من صدق الاختبار، ولكل نوع من مقاييس المحك مشكلاته الخاصة به

اما **الصدق التلازمي Concurrent Validity**: فيعني كشف العلاقة بين الاختبار ومحك تجمع البيانات عليه في وقت أو قبل إجراء الاختبار. أي إننا نقارن بين درجات الأفراد على الاختبار ودرجاتهم على مقياس موضوعي آخر بحسب مركزهم فيما يقيسه الاختبار– على أن يعطى الأفراد درجات على المحك في نفس الوقت الذي نطبق فيه الاختبار. كأن نطبق الاختبار على العمال الذين يؤدون العمل بالفعل والذين نعرف مقدار نجاحهم فيه على اساس احد مقاييس المحك. ثم نقارن نتائج الاختبار بنتائج مقياس المحك.

ويقاس **صدق المفهوم Construct validity**: بتحديد السمات النفسية التي يقيسها الاختبار. كالانطواء او الانبساط او الذكاء. اي باثبات ان بعض المفاهيم يمكن ان تفسر الى حد ما الدرجات المختلفة التي حصل عليها الافراد في الاختبار. وتوجد طريقتان احصائيتان لاثبات صدق المفهوم هما تحديد درجة الارتباط بين الاختبار وبين اختبار أخر قد ثبت من قبل انه يقيس السمة المطلوبة. ويطلق احيانا على هذه الطريقة في اثبات صدق الاختبار بالصدق التطابقي Congruent validity والطريقة الثانية هي اتباع الطريقة الاحصائية التي تعرف بالتحليل العاملي Factor analysis لتحديد مدى قياس عدة اختبارات لبعض السمات الانسانية المشتركة. اي لتحديد مدى تشبع هذه الاختبارات بهذه السمات. ومن الضروري في هذه الحالة التأكد من ان السمة او العامل الذي يقيسه الاختبار مرتبط بالنجاح في العمل.

وكثيرا ما نسأل انفسنا هل يبدو هذا الاختبار صادقا؟ فالصدق السطحي **Face validity** لا يتعلق بما يقيسه الاختبار فعلا. وانما بما يبدو انه يقيسه. فهل يبدو الاختبار صادقا؟ وهل يبدو انه ملائم للغرض الذي وضع من اجله؟ فمشكلة الصدق السطحي تتعلق اساسا بالعلاقات العامة وباكتساب ثقة الناس في الاختبار. وان تحقيق الصدق السطحي للاختبار يساعد على تعاون الافراد في تطبيق الاختبار.

3. الثبات:

فالثبات كما يراه الباحثون يعني مدى الاتساق بين البيانات التي تجمع عن طريق إعادة تطبيق نفس المقاييس على نفس الأفراد أو الظواهر، وتحت نفس الظروف أو في ظروف متشابهة إلى أكبر قدر ممكن (Gay, 2007) والثبات قد يعني الاستقرار Stability: بمعنى أنه لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت شيئاً من الاستقرار. وقد يعني الموضوعية Objectivity: بمعنى أن الفرد يحصل على نفس الدرجة كائناً من كان الأخصائي الذي يطبق الاختبار.

ويجب ان نشير هنا الى انه لا يوجد ثبات مطلق للاختبار. وانما يتوقف ثبات الاختبار على الافراد الذين يجري عليهم الاختبار. ولذلك، فان من المستحسن دائما ان يحدد ثبات الاختبار على نفس الافراد الذين سيستخدمون في الثبات وصدقه. وان ثبات الاختبار يتوقف ايضا على الطريقة التي استخدمت في قياسه. فقد يعطى الافراد الاختبار الذي نريد حساب معامل ثباته ثم تصحيحه وتدوين نتائجه. وبعد فترة زمنية قصيرة (أسبوعان مثلاً) يعاد فحص الافراد بالاختبار نفسه مرة ثانية وضمن ظروف متشابهة وتصحيحه وتدوين نتائجه مرة ثانية، ثم يحسب معامل الارتباط بين درجات مرتي التطبيق فنكون قد استخرجنا معامل ثبات الاختبار أو معامل استقرار الاختبار. بطريقة الاعادة (Carey, 2001).

وقد نلجأ إلى إعداد اختبارين مختلفين لكنهما متشابهان أو متكافئان أو متوازيان في كل شيء، ثم يتم تطبيقهما على الافراد في جلسة واحدة أو جلستين بفاصل زمني قدره بضع ساعات أو عدة أيام. فنعطي الاختبار الأول (الصورة الأولى)، وبعد انتهاء الافراد من الإجابة على فقرات الاختبار الأول. نعطي الاختبار الثاني (الصورة الثانية) ونستخرج معامل الارتباط بين درجات مرتي التطبيق لنصل إلى معامل ثبات الاختبار أو معامل التكافؤ Coefficient of Equivalence. وقد يعطى الاختبار كله إلى الافراد للإجابة عنه. وعند تصحيحه نقسم فقرات الاختبار إلى قسمين متساويين بحيث يحتوى القسم الأول منه على الفقرات الفردية له (1، 3، 5،... الخ) ويحتوى القسم الثاني على الفقرات الزوجية للاختبار (2، 4، 6،.. الخ) ونستخرج معامل الارتباط بين الدرجات الفردية والدرجات الزوجية للاختبار لنصل بذلك إلى معامل الثبات أو الاتساق الداخلي. (تجزئة الاختبار Split – Half Method).

4. المعايير Norms:

يقصد بمعايير الاختبار الدرجات التي تحصل عليها العينة التي استخدمت في تقنين الاختبار. وعادة ما تستمد هذه المعايير بطريقة تجريبية من خلال تطبيق الاختبار على عينة من الافراد تكون ممثلة لجميع الافراد الذين يوضع الاختبار من اجلهم. وتسمى هذه العينة عادة "عينة التقنين Standardization sample وعلى المرشد النفسي والمهني الاخذ بعين الاعتبار

الى ضرورة ان يكون للاختبار النفسي معايير دقيقة تقارن بها الدرجات التي يحصل عليها الافراد في الاختبار.

5. التقنين:

يجب ان يكون الاختبار النفسي مقننا حتى يمكن الاطمئنان الى صحة نتائجه. ويتضمن التقنين تحديد شروط تطبيق الاختبار والمكان الذي يعطى فيه الاختبار تحديدا دقيقا بحيث تستخدم طريقة واحدة في تطبيق الاختبار وفي وضع الدرجات وفي تفسيرها.

6. الموضوعية:

تعني الموضوعية إخراج رأي المصحح أو حكمه الشخصي من عملية التصحيح، أو عدم توقف علامة المفحوص على من يصحح ودقته أو عدم اختلاف علامته باختلاف المصححين. كما تعني أيضا أن يكون الجواب محددا سلفا بحيث لا يختلف عليه اثنان كما هو الحال في الأسئلة الموضوعية. والموضوعية صفة أساسية من صفات الاختبارات يتوقف عليها ثبات الاختبار، ومن ثم صدقه، كما أنها ضرورية لجميع أنواع الاختبارات من تقليدية وحديثة. إلا أن لزومها أشد بالنسبة للاختبارات التقليدية (المقالية)، لأنها تتصف بالذاتية، بمعنى أن تصميمها وتصحيحها يتأثران بآراء وأهواء المصحح.

7. سهولة التطبيق:

من العوامل التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تقويمنا لقابلية الاختبار للاستعمال: سهولة التطبيق. فكلما كان إجراء أو تطبيق الاختبار أسهل كلما كان ذلك أفضل، إذ أن صعوبة التطبيق قد تكون عائقاً يمنع تحقيق الصدق والثبات والموضوعية. وقد يحصل المفحوص على علامة متدنية لا تمثل قدرته الحقيقية وقد يكون السبب في انخفاض درجته ليس عدم معرفته للجواب، وإنما عدم فهمه للتعليمات.

8. سهولة التصحيح:

على الفاحص عند وضع اختباره أن يفكر بطريقة التصحيح. فإذا كانت طريقة التصحيح معقدة أو غير دقيقة أو تسمح بالذاتية كان الفحص أقل قيمة مما لو كانت طريقة تصحيحه سهلة بسيطة موضوعية. كما إن طريقة التصحيح المعقدة قد تؤدي إلى الأخطاء فضلاً عن الوقت والجهد اللذين تتطلبهما، ولا بد، عندما نستخدم العلامة أن يكون لها تفسير وأن تتخذ معنى معيناً. وعلى مؤلف الاختبار أن يزود المفحوص بمعلومات تتيح له أن يكون تقويما صحيحا للاختبار بالنسبة لاحتياجاته الخاصة، وأن يعطي العلامة التي يحصل عليها كل فرد المعنى

المناسب؛ وهذا يعني أن يضمن مؤلف الاختبار دليلا يسميه بدليل الاختبار وبنوده ومواده المرفقة الأخرى. وبالتالي، لا بد من مستخدم الاختبار أن يجد في هذا الدليل الأمور الرئيسية التالية:

- وصف للوظائف التي صمم الاختبار لقياسها والإجراءات التي اتبعت في تطويره.
- وصف التعليمات التفصيلية في تطبيق الاختبار.
- وصف مفاتيح التصحيح والتعليمات الخاصة بتصحيح الاختبار.
- بيانات المعايير للمجموعات المرجعية المناسبة.
- بيانات عن ثبات الاختبار.
- بيانات عن الارتباطات الداخلية بين الدرجات الفرعية.
- بيانات عن العلاقات بين الاختبار وعوامل أخرى.
- عمل أدلة عن استعمالات الاختبار وتفسير نتائج تطبيقه.

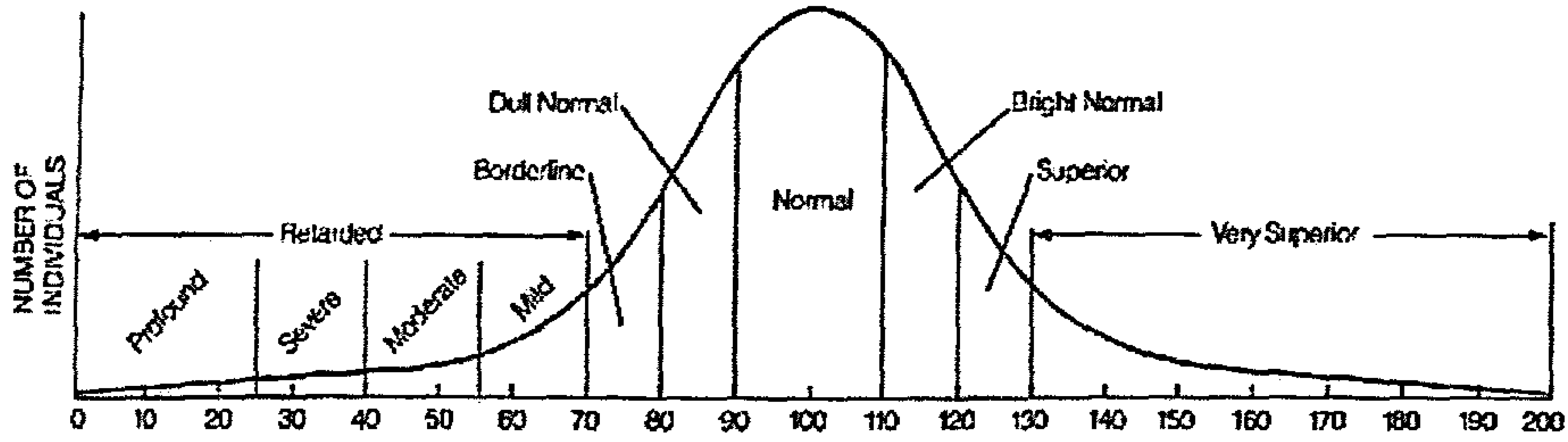
4) المقاييس والاختبارات التي تهتم بالجانب العقلي للشخص:

لاشك ان الاختبارات والمقاييس التي تهتم بالجانب العقلي للشخص تعتبر من أدق وأفضل أدوات التقويم والتشخيص وتطبيقاتها العملية أصبحت هائلة وكثيرة في شتى ميادين الحياة. خاصة ما يتعلق منها في مجالات التوجيه والإرشاد النفسي والتربية الخاصة. وان نتائج هذه الاختبارات تستخدم كوسيلة تساعد المختصين على فهم كل شخص بالحدود التي تقيسه وتدل عليه تلك الاختبارات. مما يمكن المرشدين النفسيين من التعرف على إمكانيات الأشخاص وقدراتهم.



فقد ابتكر الفريد بينيه Alfred Binet (1857 – 1911) عالم النفس الفرنسي الشهير أول مقياس عملي للذكاء (Hilgard, et al, 2003). حيث قام وزملاؤه بقياس المهارات الحسية والحركية للأفراد. إلا أن هذه المقاييس لا تعطي المعلومات المرغوبة. وبالتالي بدأوا بتقويم الوظائف المعرفية والتي تمثل جوانب: التخيل، طول ونوعية الانتباه، الذاكرة، والأحكام الجمالية والخلقية، التفكير المنطقي، والقدرة على فهم الجملة. وقام بينيه بجمع بعض المهام العقلية لتقدير تلك القدرات. وبدأ باختيار المفردات في احدى مدارس الأطفال بباريس. (علام، 2006). وتم تصنيف فقرات المقياس على النحو التالي:

- الذاكرة: مثل: إعادة الأرقام، الجمل، نسبة الأشياء من الذاكرة، فقرات من قصة أو خبر أو رسوم.
- التحصيل المدرسي: في الحساب والقراءة.
- القدرة اللفظية: القدرات والتفهم اللفظي، والتعبير اللفظي، والسمع والاستدلال اللفظي والتصنيف اللفظي وتداعي الكلمات.
- المعلومات العامة، وفهم المواقف العملية: وتشتمل هذه الفئة على المتشابهات، وتفسير الصور، السخافات، المقارنات الجمالية... الخ
- الحكم العملي، والقرارات العملية: وهي اختبارات خاصة بالمهارات الأدائية، مثل: اختبارات الرسم، ولوحات الأشكال والبراعة.



أما السلسلة الثانية الرئيسية من الاختبارات الفردية للقدرة العقلية فهي اختبارات وكسلر Wecksler (وكسلر، 1983) حيث عمل في الأصل على بناء مقياس لقياس القدرات العقلية عند الراشدين خلافا لمقياس بينيه الذي كان معدا في الأصل لقياس القدرات العقلية عند الأطفال. وتم تنظيم محتوى هذا الاختبار على شكل سلاسل تحتوى كل واحدة منها على اختبار فرعي مختلف. ويبدأ بالاسئلة السهلة متدرجا في ذلك حتى يصل إلى الأسئلة الصعبة (Trull & Phares, 2001). وبهذا صمم وكسلر مقياسين للذكاء هما:



1. مقياس وكسلر لذكاء الراشدين:

ويتكون من (11) اختبارا منها ستة اختبارات لفظية وخمسة اختبارات ادائية. أما الاختبارات الفرعية التي يحويها القياس اللفظي فهي:

- **اختبارات المعلومات العامة: Information** ويتكون من 29 سؤالا في المقياس الأصلي، (26) سؤالا في المقياس باللغة العربية منها سؤال تمهيدي) وهذه المعلومات العامة الشائعة لا تحوى معلومات فنية أو تخصصية.

- **الفهم العام: Comprehension** ويتكون من 14 سؤالا في المقياس الأصلي (10 أسئلة في النسخة العربية) ويسأل المفحوص عما يجب عمله في ظروف معينة. ويتطلب هذا الاختبار قدرة على الحكم العملي والفهم العام Common sense. وهذه الأسئلة قريبة إلى حد ما عما يحويه مقياس ستانفورد – بينيه من أسئلة الفهم.

- **الاستدلال الحسابي: A. Reasoning** يتكون هذا الاختبار من 14 مسألة حسابية في المقياس الأصلي (10 مسائل في النسخة العربية) وهذه المسائل قريبة من مستوى مادة الحساب في المرحلة الابتدائية. ولكل مسألة زمن معين. وتلقى الأسئلة شفويا.

- **المتشابهات: Similarities** ويتكون من 13 سؤالا في المقياس الأصلي (13 سؤالا في النسخة العربية) ويطلب من المفحوص معرفة اوجه التشابه بين شيئين.

- **إعادة الأرقام: Digit Span** وفي هذا الاختبار تعرض على المفحوص قوائم من الأرقام تتراوح بين 3 أرقام.... ويطلب من المفحوص إعادة ذكرها. وفي القسم الثاني من الاختبار يطلب من المفحوص إعادة الأرقام بالعكس. **والمفردات: Vocabulary**: وفيه يلقى ويعرض على المفحوص مفردات عددها 42 مفردة متدرجة في الصعوبة. ويطلب إلى المفحوص ذكر معنى كل كلمة.

أما المقياس الأدائي او العملي: Performance فيتكون من خمسة اختبارات هي:

- **رموز الأرقام: Digit Symbol**: وفيه تعطى رموز معينة للأرقام (أي عبارة عن شفرة او لغة سرية) وتعطى تلك الرموز للمفحوص ويطلب إليه ان يكتب أكبر عدد ممكن من الرموز الدالة على أرقام موجودة في ورقة الإجابة في زمن محدد.
- **تكميل الصور: Picture Completion** ويتكون من 21 بطاقة في القياس الأصلي (15 بطاقة في النسخة العربية) وكل صورة تحوى جزءا ناقصا. ويطلب من المفحوص ذكر الجزء الناقص.
- **رسوم المكعبات: Block Design**: ويتكون هذا الاختبار من 16 مكعبا و9 بطاقات كل منها ذات رسم معين. وهذه المكعبات ملونة بالأزرق والأبيض والأصفر والأحمر. وبعضها يشترك فيها لونين معا (في النسخة العربية) ويطلب من المفحوص رص المكعبات، بحيث تماثل الرسوم في البطاقات وهي متزايدة في الصعوبة. وتتطلب ما بين 4 – 9 مكعبات. ولكل بطاقة زمن محدد.
- **تجميع الأشياء: Objects Assembly**: ويعرض على المفحوص نماذج مقطعة إلى قطع صغيرة كل منها يمثل صبي – وجه – يد، ويطلب من المفحوص جمع القطع بحيث تكون الشكل كاملا.

- **ترتيب الصور: Picture Arrangement** يعرض على المفحوص مجموعات من الصور. كل مجموعة يمكن ترتيبها بحيث تكون قصة. وعدد الأسئلة 8 في المقياس الأصلي (6 في النسخة العربية).

2. **مقياس وكسلر لذكاء الأطفال WISC:**

يقسم المقياس كما هو في مقياس الراشدين إلى قسمين أحدهما لفظي والآخر عملي. ومجموع الاختبارات 12 اختبارا منها اختباران احتياطيان. ويشمل القسم اللفظي على: المعلومات العامة، الفهم العام، الاستدلال الحسابي، المتشابهات، المفردات. أما القسم العملي او الأدائي فيشتمل على كل من: تكملة الصور، ترتيب الصور، رسوم المكعبات، تجميع الأشياء، الترميز، (احتياطي) المتاهات.

5) **المقاييس التي تهتم بالجانب النفسي للعميل:**

استخدم عدد من علماء النفس أدوات عديدة لقياس الشخصية. وغالبا ما يستخدمون اكثر من أداة لتحديد سمات الشخصية وخصائصها وجوانب المرض فيها. كالمقابلات والملاحظات والتجارب والاختبارات. وأن هذه المقاييس تندرج ضمن ثلاثة أنواع هي: (مليكه وآخرون، 2010):

فالاختبارات الموضوعية او مقاييس التقدير الذاتي Self report: تقتصر إجابات المفحوص فيها على وضع إشارة أو كتابة كلمة صح او خطأ أمام كل فقرة يراها صحيحة من وجهة نظره بحيث تعتبر هذه الإجابات بمثابة مؤشرات ذات دلالة على سمات شخصيته.

والاساليب الاسقاطية Proactive: يترك فيها للمفحوص حرية التعبير والحديث والتعليق على بعض المواقف والمثيرات الغامضة بهدف الكشف عن شخصيته من خلال ما يسقطه من مشاعر وحاجات ورغبات. وقد صنف فرانك () الأساليب الاسقاطية الى خمسة أقسام هي:

- **أساليب تكوينية تنظيمية** تتطلب من الفاحص أن يفرض على المفحوص المادة المعروضة. كما في اختبار بقع الحبر لرورشاخ.
- **أساليب بنائية** تتطلب من المفحوص تنظيم مواد محددة الحجم. كما في اختبار مجموعة اللعب Play Kit لدريسكول Driscol واختبار تكوين القصص المصورة لشيدمان Sheidman.
- **أساليب تفسيرية** يطلب فبها من المفحوص تفسيرا لأشياء يجيد فيها معنى شخصيا أو انفعاليا. كما في اختبار تفهم الموضوع T. A. T.

- **أساليب تفريغية أو تطهيرية:** تتيح للمفحوص أن يستعيد ذاكرته وأن يتخلص من انفعالاته كما في طريقة اللعب العلاجي من خلال عمل الدمى وتحطيمها أو تشويهها كما في اختبار ليفي Levy الاسقاطي.
- **أساليب تحريفية:** تعطي صورة عن شخصية المفحوص من خلال التحريف أو التغيير الذي يحدثه المفحوص في أساليب الأطفال كاستخدام أساليب كلامية معينة أو اتباعه طريقة معينة في الكتابة.

أما مقاييس التقدير: Rate Scales: وهو اسهل انواع القياسات الشخصية حيث يقوم الشخص المفحوص تقدير مستوى شخص من الناحية النفسية او التعليمية او الوظيفية. وتعتبر تقارير الكفاية التي تستخدم في مؤسسات العمل والدوائر الحكومية خير مثال لهذا النوع من المقاييس

ومع ذلك، فقد نواجه صعوبات في القياس خاصة عندما نحاول اكتشاف درجة سمة من سمات شخصية الفرد. فالسمة ليست هنا كيانا ثابتا. وليست شيئا ساكنا Static وليست كمية Quantity. ولهذا فانه لا يمكن قياس السمة موضوعيا كما نقيس الطول والوزن أو عدد ضربات القلب على سبيل المثال ولهذا يجدر الأخذ بعين الاعتبار إلى أنه لا توجد درجة صفر كنقطة بداية. أو وحدات للسمات، ولا يوجد اتفاق على المصطلحات المستخدمة. أو أداة قياس مقبولة تماما.

سادساً: طرق الارشاد والعلاج النفسي:

بدأ الاهتمام بتطوير نظريات واضحة للارشاد والعلاج النفسي خلال النصف الاول من القرن الماضي بهدف صياغة قواعد وقوانين لجمع الاراء والتصورات النظرية والعلاجية. ويعتبر احدث تغير ايجابي في المحتويات النفسية المستهدفة من قبل النظرية من اهم نقاط التحدي لأي نظرية ارشادية او علاجية وذلك لاعتماد التغير في تلك المحتويات على العديد من المتغيرات المرتبطة باقطاب العملية الارشادية وهي المرشد والمسترشد وموضوع الارشاد.

ويشير ماكابي في معرض اشارته لنظريات الارشاد والعلاج النفسي ان النظرية هي وسيلة مساعدة تعيننا على رؤية العلاقات الموجودة بين حادثة او حقيقة وحادثة اخرى او حقيقة اخرى. ويرى هول ولندزي ان النظرية تمثل مجموعة من افتراضات مناسبة ترتبط مع بعضها البعض في شكل نسقي يضعها صاحب النظرية. ويشير كل من ببنسكي وببنسكي الى النظرية باعتبارها عالما ممكن الحدوث نستطيع مضاهاته او اختباره بعالم واقعي او حقيقي.

ولا بد من اعتماد النظرية في الارشاد على قوانين واضحة بالاضافة الى وصف تلك القوانين بشكل محدد وان تحوي على مجموعة من التعريفات الاجرائية لمصطلحاتها ومفاهيمها المتضمنة بحيث يمكن اخضاع المفهوم لعملية القياس والتقدير والمراقبة.

وتختلف نظريات الارشاد من حيث الشمولية. وان النظرية الاكثر شمولية هي النظرية القابلة للتطبيق على طيف واسع وكبير من المواقف العلاجية. ولابد ان تكون النظرية قابلة للدراسة والفحص والتقصي من قبل الباحثين في جميع المجالات من خلال الدراسات العلمية المحكمة التي تظهر دور النظرية في اظهار التغييرات السلوكية ومفاهيم وفروض النظرية بشكل واضح. فالفرضية الجيدة هي تلك التي تقدم العديد من الخبرات المساعدة للمعالج خلال عمله مع المسترشدين المختلفة وهي تلك التي تتضمن في اجراءاتها مجموعة من الاساليب المساعدة على فهم المسترشد وتحقيق توافقه (ملحم، 2009). والسؤال الذي يطرح نفسه:

لماذا نحتاج الى نظرية في الارشاد والعلاج النفسي؟

(6 – 1) دور النظرية في الارشاد والعلاج النفسي:

يمكن للنظرية ان تقوم بعدد من الوظائف التي تفيد في تحقيق التوافق النفسي لدى الناس في مختلف مراحلهم العمرية. فهي تقودنا الى ملاحظة علاقات معينة ربما كنا نتجاوز عنها في الماضي. لكنها في حقيقة الامر هامة في تحقيق التوافق النفسي للفرد. وقد تساعدنا كذلك في الاستفادة من البيانات التي لدينا. ذلك ان من ابرز خصائص النظريات انها تفترض قوانين يمكن ان تتنبأ بالاحداث. وهي بالتالي تشتمل على تأكيدات تقودنا الى توقعات او تقديرات يمكن اختبارها والتحقق منها.

وتساعدنا النظريات كذلك على تركيز انتباهنا على البيانات المناسبة وتخبرنا بما ينبغي ان نبحث عنه. وتقودنا بالتالي الى استخدام الاصطلاحات المناسبة. وقد تساعدنا على بناء طرق جديدة للسلوك في موقف الارشاد وفي كيفية تقويم الاساليب القديمة والحكم عليها.

ويشير الباحثون (Brown, 2007) (الشناوي، 1998) الى ان هناك فوائد خاصة للنظرية في مجال الارشاد تتعلق بالمرشد والمسترشد. فقد تؤثر النظرية بشكل مباشر على توقعات المسترشد وعلى طريقة سلوكه اثناء عملية الارشاد. والنظرية الجيدة يجب ان تتمتع بعدد من الخصائص من ابرزها ما يلي:

- ان تشتمل النظرية على مجموعة من المسلمات او الافتراضات وهذه تمثل المعطيات المقبولة والتي لا تحتاج الى اثبات. بحيث تكون هذه المسلمات متسقة داخليا.
- ان يكون هناك مجموعة من التعريفات للمصطلحات او المفاهيم التي تشتمل عليها النظرية

بحيث ترتبط هذه المفاهيم مع البيانات الناتجة عن الملاحظة او الاجراءات. ومن تجعل من الممكن دراسة المفاهيم في البحث والتجريب.

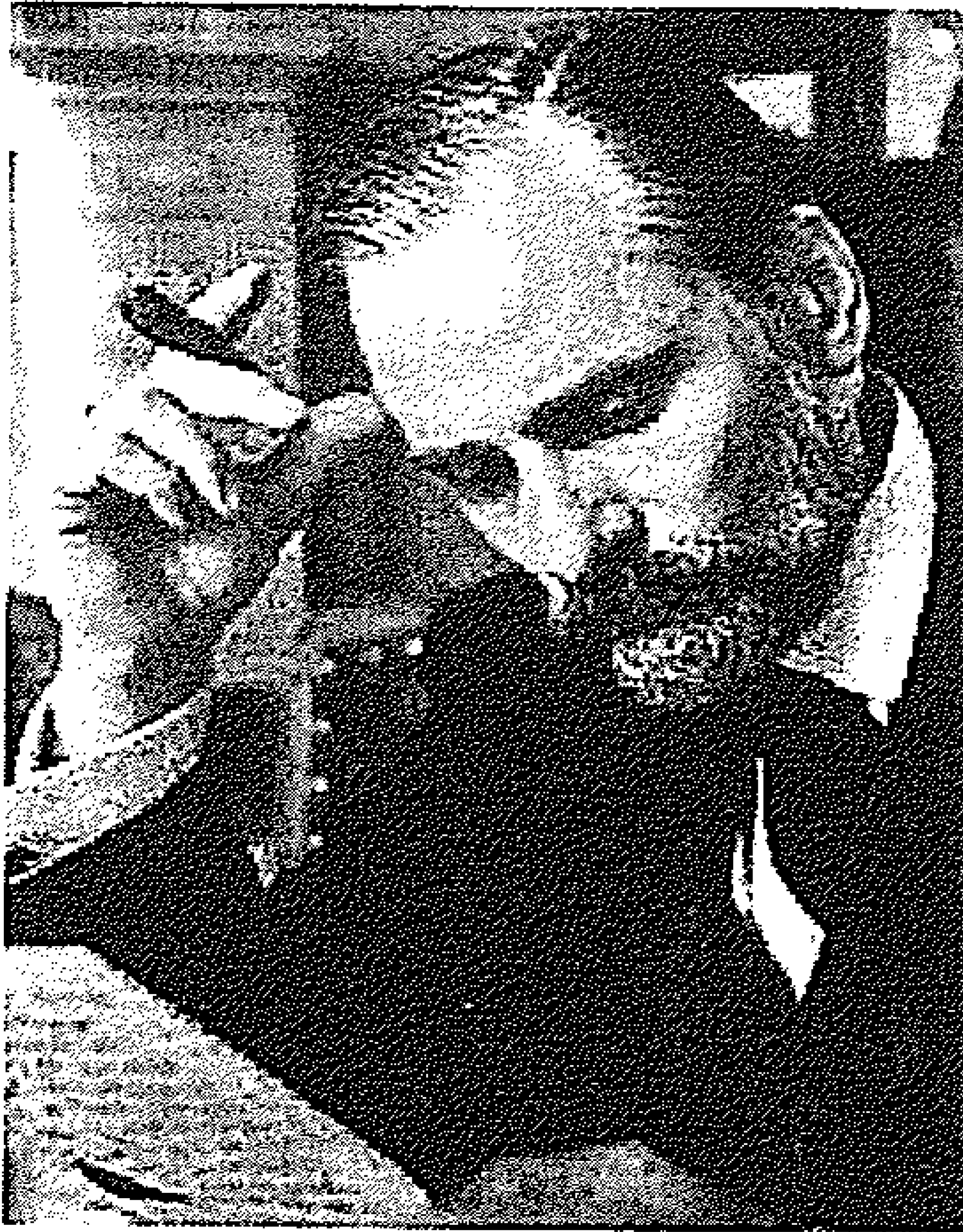
- ان تحمل المصطلحات او المفاهيم علاقات معينة مع بعضها البعض. وتشتق منها مجموعة من القواعد تتسم بالمنطق وتشتمل على علاقات السبب – النتيجة.

ومن الاهمية بمكان ان تكون النظرية قابلة للتطبيق لعدد من المواقف ولا تقتصر على موقف واحد بعينه.

(6 – 2) النماذج النظرية في الارشاد والعلاج النفسي:

1) نظرية التحليل النفسي:

يعد فرويد (1856 – 1939 م) المولود بفريبرج مورافيا Freiberg \ Moravia التي تعرف تشيكوسلوفاكيا في ذلك الوقت. أول من قدم تفسيرا للنفس البشرية باستخدامه مصطلح دينامية الشخصية الذي يعني ببساطة تفاعل شبكة من المتغيرات سواء أكانت هذه المتغيرات في النفس البشرية أو كانت في الظواهر الطبيعية، أو البيولوجية. وكان التفسير لأي ظاهرة إنسانية كانت أو اجتماعية أو فيزيقية لا يتأتى إلا بالمفهوم الدينامي. وهو مفهوم شبكي يتجاوز المفهوم الخطي (سبب ونتيجة) الذي كان يميز الفهم الاستاتيكي للظواهر والأحداث. وتشترك الكثير من نظريات الشخصية في توظيف مفهوم الدينامية حتى يتمكن المنظر من تفسير السلوك الانساني. (Liebert & Spiegler, 2002)



وقد ركزت نظرية التحليل النفسي على مفهوم أساسي هو: الحتمية البيولوجية. وبذلك فإنها لا تعير اهتماما للبعد الاجتماعي أو الثقافي وأثره في الشخصية. وقد تحدث فرويد عن ثلاث منظومات في بناء الشخصية ونموها والتي وردت الإشارة إليها في بناء الشخصية الإنسانية ونموها. بحيث تعمل المنظومات الثلاثة بطريقة متكاملة لتشكل معا شخصية الفرد وسلوكه بشقيه: (عباس، 1982)

- السلوك الواضح كما يتضح من خلال أداءات الفرد Performance والذي يسميه Overt behavior.
- السلوك المضمر Covert behavior الذي يمكن الكشف عنه بطرق غير مباشرة. والذي يعبر عن أغوار الشخصية. (Ford & Urban, 2003)

افترض فرويد ان للوعي مستويات ثلاثة هي: الشعور Conscious وما قبل الشعور Preconscious واللا شعور Unconscious. وينطوي اللاشعور Unconscious على مكنونات متنوعة تعمل بقوة من داخل الفرد وتؤثر في حياته سواء أكان يقظا او نائما. ويعتبر مبدأ الحتميةDetermination من المبادئ الهامة التي تقوم عليها نظرية التحليل النفسي في الحوادث النفسية. فلكل حادثة نفسية عواملها التي تحدد وجودها وجدتها. وعند البحث عن هذه العوامل فاننا نجد صعوبة للوصول اليها جميعا بالنظر إلى كثرة التعقيد فيها وعجز الفرد عن وعي بعضها حين تكون طرفا في الفعالية اللاشعورية Unconscious activityالتي تشير الى ان جزءا من الفعالية النفسية التي تأخذ مجراها عند السوي وغير السوي من الأفراد تجري من دون ان يعيها الشخص او يكون شاعرا بها.

تحدث فرويد عن الدينامية كمفهوم أساسي في التحليل النفسي يفسر الظواهر النفسية على انها محصلة لصراع القوى المتعارضة في داخلنا والقوى الداخلة في الصراع هي الحوافز الغريزية ذات الأصل البيولوجي (طفرات جنسية وطفرات عدوانية) وحوافز مضادة لها ذات أصل اجتماعي. فالحلم مثلا من حيث هو سلوك لا يخرج عن كونه محصلة لصراع بين قوتين: مكبوتات تريد ان تخرج، ودفاعات تعترض طريقها في صورة رقابة. والاعراض المرضية ليست الا محصلة للصراع بين المكبوتات والدفاعات. (بطرس، 2007)

كما اشار الى البنائية لدى الكائن مشيرا الى ان كل صراع لا بد وان يتم بين منطقتين او وحدتين فلاصراع داخل الهو Id ولا صراع داخل الانا Ego . بل يكون الصراع بين هاتين المنطقتين. وتعتمد وجهة نظر العلاج النفسي على نظرية فرويد في الشخصية التي تقول بوجود جوانب ثلاثة لها هي: الهو، الأنا والأنا الأعلى. ولكل جانب من هذه الجوانب وظائفه في حياة الشخص:

فالهو: **The Id**: يضم كل ما يحمله الطفل منذ ولادته، ويكون الجانب الأول المبكر من الشخصية. وهو الحامل والحاضن لما يسميه فرويد " الغرائز" وقمة الغرائز هي غريزة اللذة ويعمل الهو وفق مبدأ اللذة ولا يخضع لمبدأ الواقع او العلاقات المنطقية. كما انه يقع في اللاشعور من حيث الأصل. وينشأ **الأنا: The Ego**وينمو مع حياة الطفل ويكون المنطلق في نشأته وما يحتاج الطفل الى فعله في مواجهة العالم من حوله. ولهذا يعمل الأنا وفق مبدأ الواقع وعملياته. ويخضع للمنطق والعلاقات المنطقية ويسعى لأن يكون متمشيا مع الأوضاع الاجتماعية المقبولة. ويقوم الأنا بعملين أساسيين في آن معا. فهو يحمي الشخص من الأخطار التي تهدد في العالم الخارجي: وحتى يتحقق هذا الغرض فان الأنا يتحكم بالغرائز ويضبط اندفاعاتها لأن إشباعها يمكن أن يؤدي إلى خطر يصيب الشخص. فالعدوان الموجه نحو الآخرين يمكن أن يؤدي إلى رد الآخرين ردا يحتمل فيه أن يكون خطرا على صاحب العدوان. ويوفر النشاط أو العمل اللازم لإشباع الغرائز

التي يحملها الهو. ويضم الأنا الأعلى؛ The Super Ego الأنا الأعلى القيم والمثل العليا الاجتماعية والأخلاقية والدينية التي ربي الطفل عليها في كل من البيت والمدرسة والمجتمع الخارجي. وعليه، يعتبر الأنا الأعلى الحاضن لما يراه المجتمع حسنا ويلح فيه.

وافترض فرويد وجود مناطق شبقية في البدن (لذة شهوية) وان للاطفال حياة جنسية. ورأى بأن الطفل الصغير كائن غريزي مليء بحوافز جنسية كثيرة. وتتركز في هذه المناطق الشبقية عمليات الاستثارة والتهيج. ويتم خفضها او التخلص مما بداخلها من توتر عن طريق فعل معين كالرضاعة مثلا. اما المناطق الشبقية الرئيسية فهي الفم والشرج والاعضاء التناسلية. وتؤدي هذه المناطق دورا مهما بالنسبة لنمو الشخصية. كما تشكل المصادر المهمة الاولى للاستثارة والتهيج التي يتعين على الطفل التعامل معها على نحو يخفض من مستوى التوتر النابع منها. وهي كذلك مصدر لذة اولية في حياته. وتؤدي الافعال المتعلقة بالمناطق الشبقية بالطفل عملها الى ان يختبر ذاته من خلال الصراع مع والديه ومحيطه. وما ينتج عن هذه الصراعات من مشاعر الاحباط والقلق يؤدي بالضرورة الى نمو اساليب من التوافق مع ذاته ومع المحيط.

وقدم فرويد تصورا ديناميا يوضح فيه هذا المفهوم. فالحفزات الجنسية التي تريد أن تنطلق من الهو وتعيش شعوريا لتشبع وفقا لمبدأ اللذة. الا ان الأنا تريد منعها مستندة الى مبدأ الواقع ومتأثرة بالأنا الأخلاقية. ويرى فرويد ان الميكانزم الدفاعي هو بمثابة القوة الكابتة التي تضعها الأنا لتمنع هذه المكبوتات من الظهور شعوريا (Nelson – Jones, 2006).. فتلتف حول التعبير المباشر عن الحفزات الجنسية غير المرغوب فيها وتصبح في صورة مقبولة نوعا. وتقوم بالتوفيق بين الحفزة الجنسية ومتطلبات المجتمع وثقافته. ولا يعد الميكانزم دفاعيا الا اذا تكرر حدوثه مرات ومرات في مواجهة تجارب كثيرة منذ الطفولة. وتعمل هذه الميكانزمات لاشعوريا. كما وأنها تعد بمثابة هروب من مواجهة الواقع عن طريق الانكار والتحريف أو الطمس أو الإخفاء... الخ. (Liebert& Speiglar, 2002)

واشار فرويد الى ان نمو الشخصية؛ The Development Of Personality تمر بمراحل يمكن تحديدها استنادا إلى ما يظهر عليه دافع الجنس او الجنسية Sexuality. ويشير التحليليون إلى مصطلح الجنسية على المدى الواسع من السلوك الذي يشتمل على الاندفاعات الوجدانية واللذة الحادثة في مناطق الإثارة الجنسية في البدن والتي غالبا ما تسمى بالحب. وما الدافع الجنسي الا مظهر جنسي للطاقة الجنسية "Libido". والأفراد من كل جنس لديهم عناصر من الجنس المقابل. مما يعني إن الأفراد ثنائي الجنس ودرجة المثلية الجنسية خلقية والتحديد النهائي للسلوك الجنسي يعتبر نتيجة لحدة الاستعدادات الخلقية وللخبرات والقيود في اتجاه أو آخر. هذا، وقد تحدث فرويد عن مراحل تطور الغريزة الجنسية معتمدا في ذلك على

فكرة المناطق الشبقية " مناطق اللذة الشهوية " في الجسم والتي تؤدي إثارتها إلى الإشباع الجنسي. وهذه تتغير تبعا للسن والنمو. وهذه المراحل هي (Thompson, et al. ; 2004):

فالمرحلة الفمية: The Oral Stage (من الميلاد – وحتى سنة ونصف): وهي المصدر الأول للذة الرضيع. وتشتق اللذة من الفم وتبدأ مع عملية مص اللبن. والتثبت Fixation على هذه المرحلة "مرحلة المص" تؤدي إلى نمو سمات مثل الهدوء والثقة والتفاؤل والاهتمام باكتساب المعرفة واقتناء الأشياء.

وخلال العام الثاني تنمو عمليات التفريغ " للطاقات الغريزية التي تسعى إلى التصريف " كما تنمو العمليات المضادة للتفريغ " الطاقات التي تمنع او تتحكم في هذا التفريغ " **"المرحلة الشرجية: The Anal Stage (من سنة ونصف – ثلاث سنوات)** "ويتعلق هذا النمو بالوظائف الخاصة بعملية الإخراج. والتي تقود الطفل الى الخبرات الأولى بعملية الضبط الخارجي للدوافع الغريزية والتي تتضمن تأجيل اللذة او الراحة المترتبة على التخلص من الفضلات وتخفيف التوترات الناشئة عن عدم التفريغ. ويؤدي التدريب القاسي على عمليات تنظيم الإخراج إلى نمو سمات مثل العناد والبخل او الشخصية المتزمتة. او قد يؤدي إلى ان ينفس الطفل عن غضبه بثورات غير ملائمة من الهياج قد تؤدي الى إظهار عدد من السمات المتعلقة بالشجار والتحدي والتخريب.

وخلال هذه المرحلة تنمو المشاعر الجنسية والعدوانية ذات الصلة بالأعضاء التناسلية " **المرحلة العضوية الجنسية: The Phallic Stage (من 3 – 6 سنوات)** " وتشمل ما يشبه عملية الاستمناء. وفي هذه المرحلة تظهر عقدة أوديب وعقدة اليكترا The Oedipus Complex and Electra Complex فيتخذ الولد من الأم هدفا او موضوعا للتفريغ الانفعالي. وينمي باتجاه الأب انفعالات الغيرة والعداوة. وعكس ذلك يكون لدى البنت. كما ينمو لدى الولد الخوف من الخصاء اما البنت فتعتقد ان الخصاء قد حدث لها فتلوم امها من اجل ذلك. اما الولد فيكبت رغبته في الأم وعداوته للأب ويتوحد مع الأب ويصل الأنا غايته في النمو. وتنقل البنت حبها المبكر جدا للأم الى الأب وان كان حبها للأب مشوبا بشيء من الغيرة لأنه يملك ما ينقصها. وعقدة اليكترا لديها لا تكبت ولكنها تتعدل وتتغير عن طريق الواقع وادراك هذا الواقع وتضعف بمرور الزمن

وتكبت الدوافع الجنسية عند الفرد وينمو الكف الجنسي ويحدث الإعلاء للدوافع الجنسية " **مرحلة الكمون او الخمود: The Latency Period (من 6 – 11 سنة)** " وذلك ما بين سن الخامسة او السادسة وحتى سن البلوغ.

وفي سن البلوغ تنشط دوافع ما قبل المرحلة الجنسية. " **المرحلة الجنسية: The Genital Stage (مرحلة المراهقة)** " فاذا كانت هذه الدوافع قد تم استبدالها او إعلاؤها بواسطة الأنا فان الشخص يدخل الى مرحلة النضج ويبدأ المراهق في حب الآخرين حبا أيثاريا وينمو عنده التطلع الجنسي والتطبيع الاجتماعي والأنشطة الجماعية. والتخطيط المهني، والإعداد للزواج وتكوين الأسرة ويتحول الشخص من طفل نرجسي باحث عن اللذة الى كبير ناضج واقعي اجتماعي التوجه.

يعتمد الارشاد والمعالجة الفرويدية في العلاج النفسي على عدد من المفاهيم الأساسية التي مر ذكرها في الصفحات السابقة. وتعتمد كذلك على نظرة خاصة الى مراحل تطور الفرد تتميز كل منها بتوضع خاص لمركز اللذة او ظهور تأثيرها. ويكون سير المعالجة الفرويدية موجها بالمفاهيم الأساسية معتمدا على كشف ما في اللاشعور واطلاقه ليصبح شعوريا ويدخل بذلك في معرفة الشخص ووعي الحاضر. وعلى الكشف عن خبرات الطفولة والتفاعل بين المعالج والمتعالج في عمليات وسيلتها الرئيسية. التخاطب وأغراضها الوصول تدريجيا إلى إحداث تغيير عميق في البناء الانفعالي للشخص المتعالج. ويحتل كل من التداعي الحر، والتحويل ومواجهته، والتفسير، ومواجهة مقاومة المتعالج.

وارتبط اسم "الفرويديون الجدد Neo – Freudian" بمجموعة من علماء التحليل النفسي الذين طوروا النظرية الفرويدية الكلاسيكية الى نظرية جديدة في الارشاد وهي نظرية الأنا بحيث تصبح اكثر ملاءمة في علم النفس. ومن هؤلاء ألفريد ادلر Adler وكارن هورني Horney، وكارل يونج Jung وأتو رانك.

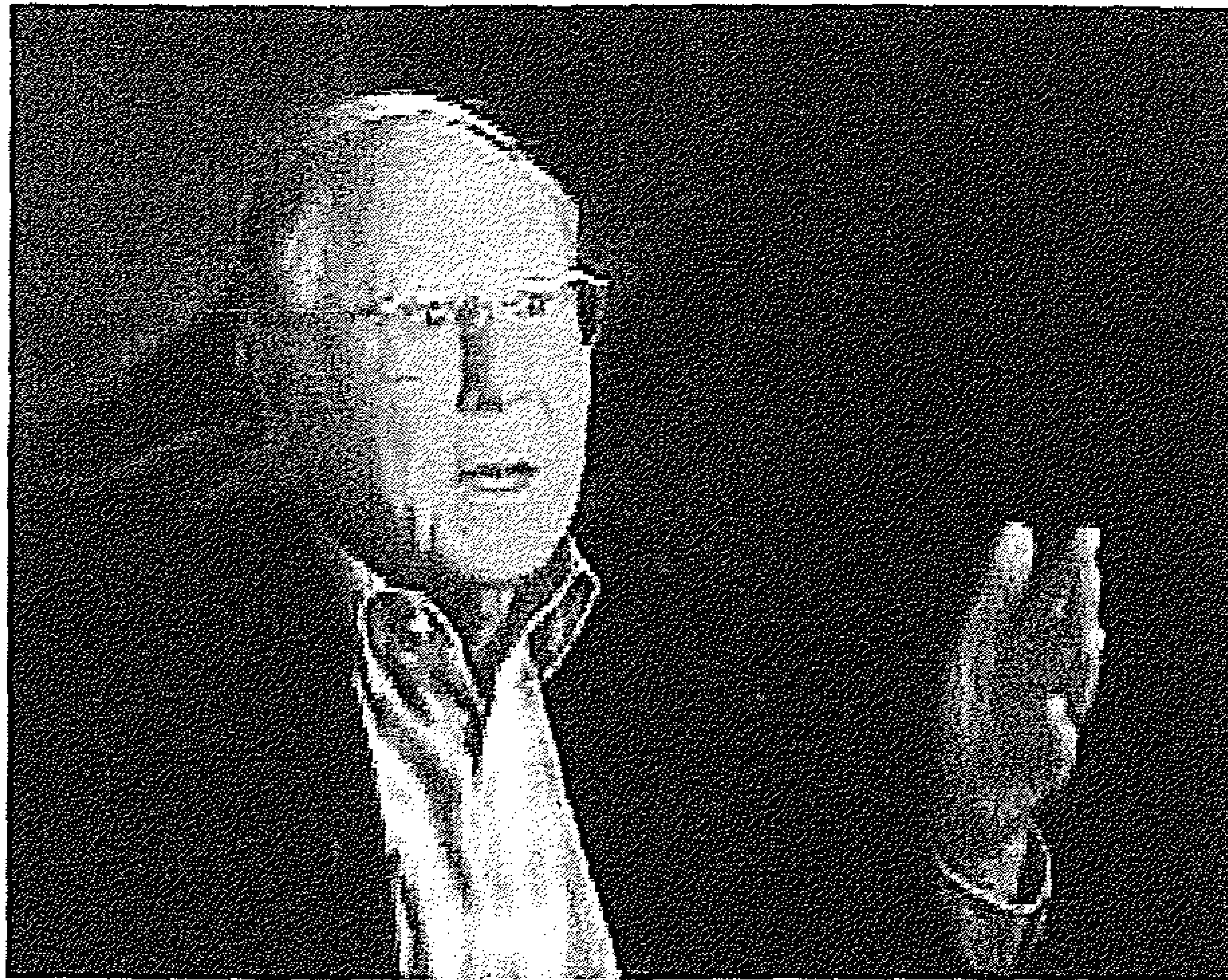
وتم تطوير نظرية الأنا **Ego – Counseling** من النظرية الفرويدية الكلاسيكية من قبل علماء النفس التحليليين الجدد الذين اعطوا أهمية اكبر لتأثير الأحداث البيئية والاستجابات المتعلمة والمؤثرات الاجتماعية الثقافية. وفي مقدمتهم ألفريد أدلر Adler وكارن هورني Horney، وكارل يونج Jung، وأوتو رانك Rank، وهاري ستاك سوليفان Sulivan، وايريك فروم Fromm، وايريك اريكسون Erikson وغيرهم. الا ان المفاهيم التي نادوا بها في نظريتهم تمثل امتدادا للفكر السيكولوجي في التحليل النفسي مع تركيز اكبر على وظائف الانا مشيرين الى ان علم نفس الانا Ego psychology يقيم وزنا اكبر بين الجوانب البيولوجية والجوانب الاجتماعية والثقافية للسلوك الانساني. مركزين في ذلك على قوة الانا Ego – Strength بحيث تعد هذه القوة ركيزة الصحة النفسية وغاية الارشاد/ العلاج النفسي. وركز علماء النفس التحليليين الجدد كذلك الى ما يطلقون عليه السلوك السوي او السلوك الصحي. ويميلون الى اعطاء البيئة في نمو الفرد دورا اكبر. وبالتالي فان طريقة الارشاد في نظرية الانا ترتكز على مساعدة الافراد على انماء جوانب وقوى المواجهة في الشخصية.

ومساعدتهم على مواجهة واقع العالم من خلال بناء وظائف الانا. حتى تستطيع الانا التعامل مع المشكلات في العالم الواقعي. بينما يساعد الافراد على التخلص من آليات الدفاع التي تعوق التفاعل مع العالم الواقعي.

2) الارشاد والعلاج النفسي بالطريقة الواقعية:

يرى جلاسر ان الانسان ايجابي بسلوكه وفي استخدامه لأساليب حل المشكلات في التعليم. وانه واثق بقدرته في عملية التعلم. وان الناس عقلانيون ولديهم القدرة على استكشاف طاقاتهم للتعلم والنمو. والاستفادة منها. وان الدافع الرئيسي لسلوكه هو محاولته اشباع حاجاته. مشيرا الى ان لدى الانسان حاجتان نفسيتان اساسيتان هما: حاجته الى الحب وان يكون محبوبا. والحاجة الى اهمية الذات. وان الذين يعانون من مشكلات نفسية هم الذين لا يستطيعون اشباع حاجاتهم بطريقة واقعية. وانهم يتصرفون بطريقة غير واقعية وغير صحيحة. وغير مسؤولة أثناء محاولتهم اشباع حاجاتهم. وبناء عليه، فان المسترشد (العميل) هو الشخص الذي يعجز عن اشباع حاجاته ويعاني من عدم القدرة على التكيف، ويسلك سلوكا غير سوي وان كان يرى ان هذا السلوك صحيح وينطوي على معنى معين (الخطيب، 2005).

ويرى جلاسر بأن السلوك يأتي من داخل الفرد من اجل تلبية حاجاته. وان كل واحد يختار سلوكه. وهو قادر على توجيه حياته. وان الناس هم ما يفعلونه. وبالتالي فان تصرفات الشخص تحدد شخصيته. فالسلوك مرتبط بمجموعة الصور في العقل. وان عقل الانسان يحتوي على صور لجميع الحاجات والرغبات المرتبطة بتلك الحاجات. وعندما يشعر الفرد بحاجة معينة. فانه يقوم باستدعاء الصور الخاصة بها. وفي نفس الوقت فهو يدرك العالم الخارجي المحيط به. والمرتبط باشباع هذه الحاجة المستثارة. فاذا تطابقت هذه الصورة مع الصورة الموجودة في (ألبوم الصور) التي لديه فانه يشبع حاجته. اما اذا لم يكن هناك تطابق. فان ذلك يعني ان الصورة الموجودة في ذهن الفرد لم تتحقق في الواقع. وهذا يعني انه لم يستطع اشباع حاجته في البيئة الخارجي. وعندئذ يشعر بالاحباط. مما يسمح بالجهاز السلوكي باتكار وتوليد سلوكيات تسد الفجوة بين الصورة



الداخلية وبين الواقع. وقد تكون هذه السلوكيات فعالة. وقد تكون مدمرة للذات. مما تسبب معاناة للفرد من مشكلاته النفسية.

يهدف الارشاد من وجهة نظر جلاسر الى تغيير السلوك غير المتوافق الى سلوك متوافق وذلك بتعليم الفرد طريقة افضل للحياة. يكون معها قادرا على اشباع حاجاته. ويسعى المرشد النفسي الى مساعدة الشخص في الاندماج والتصرق بمسؤولية وواقعية حتى يتمكن من اشباع حاجاته. وصاغ ثمانية قواعد اساسية ومتسلسلة للارشاد بالواقع يعمل المرشد النفسي الذي يتبع وجهة النظر الواقعية في الارشاد على الربط بين السلوك والقيم ويقيس نجاح المسترشد أو فشله أثناء عملية الارشاد وان مهمة المرشد بالواقع هي في مساعدة هوية المسترشد وتغيير سلوك انهزام الذات، كما يعمل على ايجاد البيئة المساعدة التي يستطيع المسترشد من خلالها البدء في احداث تغييرات في حياته. وايجاد المناخ الارشادي وتكوين الالفة Rapport واستكشاف الصور الموجودة في عقل المسترشد. لرغباته وحاجاته ومدركاته. وقد اشتملت القواعد الاساسية لعملية الارشاد ما يلي:

- **الاندماج:** من اجل تحقيق حاجات الفرد الاساسية في الحب والاحساس بالأهمية. وحتى يتم اندماج الفرد فان على المرشد ان يتصف بالدفء والتفهم والاهتمام والتقبل في علاقته بالمسترشد.
- **التركيز على السلوك بدلا من المشاعر:** يعتقد جلاسر ان سيطرة الانسان على مشاعره وأفكاره محدودة، بينما تكون سيطرته على سلوكه اكبر. والمرشد الواقعي يركز على السلوك اكثر من تركيزه على المشاعر.
- **التركيز على الحاضر:** فالحاضر يمكن تغييره. اما الماضي فقد انتهى ولا يمكن ارجاعه. لذلك تركز نظرية الارشاد بالواقع على حاضر الفرد وليس ماضيه.
- **الحكم على السلوك:** وعلى المسترشد في اتباعه الارشاد بالواقع ان يصدر حكما على سلوكه. ويجري تقويما له من حيث اتسامه بالمسؤولية ومدى فائدته له مما يساعده في عملية تغيير السلوك.
- **التخطيط:** ومساعدة المسترشد في بناء خطة محددة وواقعية لتغيير السلوك غير المرغوب فيه. تعد من العمليات الاساسية في العمل الارشادي من وجهة النظر الواقعية. ومن الضروري ان تكون الخطط مكتوبة ويتم التعاقد على تنفيذها.
- **الالتزام:** وفيه يلتزم المرشد بمساعدة المسترشد على الالتزام بتنفيذ الخطة وتحقيق الاندماج وتحمل المسؤولية وبالتالي تحقيق النجاح للمسترشد. واحساسه بقيمته واهميته.
- **لا اعذار او تبريرات:** وعلى المرشد ان لا يقبل اعتذارات من المسترشد وان لا يبحث في سبب

فشل الخطة. فذلك يسمح بتعزيز الفشل لديه. ولا بد للمرشد ان يساعد المسترشد في اعداد خطة جديدة بدل ان يناقشه في اسباب فشل الخطة القديمة.

- **استبعاد العقوبة:** في نظرية الارشاد بالواقع يستبعد استخدام العقوبة والالفاظ السلبية او العبارات الناقدة والسخرية في تغيير السلوك فهذه الاساليب تساعد في ترسيخ هوية الفشل لدى المسترشد.

3) الارشاد والعلاج النفسي المتمركز حول الشخص:

يعتقد روجرز ان الطبيعة الانسانية ايجابية. وان الفرد اجتماعي ولديه حوافز تدفعه الى الامام. ويكافح من اجل ان يستخدم وظائفه كاملة. ولخص روجرز وجهة نظره في الطبيعة الانسانية بستة نقاط هي أن الانسان: (Thompson, et al. ; 2004):

- يستحق الاحترام والوثوق به.
- لديه القدرة، وله الحق في توجيه ذاته وتحقيق ذاته، ويستطيع عمل قرارات حكيمة اذا اتيحت له الفرصة.
- يستطيع اختيار قيمه الخاصة.
- يستطيع تعلم استخدام المسؤولية بطريقة بناءة.
- لديه القدرة على الاهتمام بمشاعره الخاصة وأفكاره وسلوكه.
- لديه امكانية التغيير البناء والنمو الشخصي نحو حياة كاملة وسعيدة (تحقيق الذات).

قدم روجرز عددا من المبادئ الأساسية في الشخصية اشتملت على الآتي (غنيم، 1993):



- يوجد كل فرد في عالم من الخبرة دائم التغير هو مركزه فكل منا يحيا في عالم من الخبرة خاص به. عالم متغير باستمرار. فأنت لا تنزل النهر الواحد مرتين فان مياهها جديدة تجري دائما من حولك.
- يستجيب الكائن الحي للمجال كما يخبره ويدركه. والمجال الادراكي هو واقع بالنسبة للفرد. والواقع قد يكون تجريدا بالنسبة للفيلسوف أو عالم الميتافيزيقا. ولكنه بالنسبة للفرد. فان الواقع يخبره ويتقبله الفرد بجهازه

الادراكي الخاص. وإذا كان لدى الفرد جهازا ادراكيا متسقا بالنسبة له. فانه سوف يكون لديه درجة معينة من القدرة على التنبؤ يمكنه الاعتماد عليها.

- يستجيب الكائن الحي الى المجال الظاهري ككل منظم.
- للكائن الحي نزعة واحدة أساسية هي تحقيق وابقاء وتقوية الكائن الحي الذي يحيا الخبرة.
- السلوك في أساسه محاولة موجهة نحو هدف هو إشباع الحاجات التي يخبرها الكائن الحي في مجاله كما يدركه.
- يصاحب الانفعال السلوك الموجه نحو هدف. ويسهل له مهمته بوجه عام. فيرتبط نوع الانفعال بتلك النواحي من السلوك التي تجد في الطلب وذلك، مقابل النواحي الاستهلاكية للسلوك. كما ترتبط شدته بمدى الأهمية المدركة للسلوك في الحفاظ على الكائن الحي وتدعيمه.
- ان احسن موقع ممكن لفهم السلوك هو من خلال الاطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه. فالسلوك الذي قد يبدو غريبا او لا معنى له في نظر الملاحظ الخارجي. قد يكون سلوكا غرضيا وهادفا الى حد بعيد بالنسبة للفرد نفسه. وقد تكون هناك مآخذ كثيرة ومشكلات عميقة في الوصول الى المشاعر الداخلية الاستبطانية لفرد معين. ولكن في حياة كل واحد منا نظائر في حياة الآخرين.
- يتمايز جزء من المجال الادراكي الكلي بالتدريج ليكون الذات. فالذات الظاهرية تتمايز من المجال الادراكي الكلي. والذات هي وعي الفرد بوجوده ونشاطه.
- نتيجة للتفاعل مع البيئة ومع الأحكام التقويمية للآخرين بشكل خاص يتكون بناء الذات من نمط تصوري منظم مرن ولكن متسق من ادراكات خصائص وعلاقات ال "أنا" أو "ضمير المتكلم" مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم.
- القيم المرتبطة بالخبرات والقيم التي تشكل جزءا من بناء الذات هي في بعض الحالات قيم يخبرها الكائن الحي بصورة مباشرة. وفي بعض الحالات قيم يستدمجها أو يأخذها عن الآخرين. ولكن تدرك بطريقة مشوهة كما لو كانت قد خبرت بطريقة مباشرة.
- تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته: الى صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات. يتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات. ويحال بينها وبين الوصول الى صورة رمزية أو تعطى لها صورة رمزية مشوهة لأنها تتسق مع بناء الذات.
- معظم طرق السلوك التي يتبناها الكائن الحي هي تلك التي تتسق مع مفهومه عن نفسه. فالذات تأمل في ابقاء السلوك الذي يتسق وصورة الذات. ولذا، فان أحسن طريقة لاحداث تعديل في السلوك يكون باحداث تغيير في مفهوم الذات.
- قد يصدر السلوك في بعض الحالات عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل الى مستوى التعبير الرمزي.

- ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الكائن الحي عددا من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ مرتبة الوعي. ويؤدي هذا بدوره الى الحيلولة دون تحول هذه الخبرات الى صور رمزية والى عدم انتظامها في جشطالت بناء الذات.
- يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للكائن الحي بأن تصبح متمثلة في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسقة مع مفهوم الذات.
- تدرك أي خبرة لا تتسق مع تنظيم أو بناء الذات كتهديد. وكلما زاد هذا النوع من المدركات ازداد الجمود في تنظيم بناء الذات حتى يتسنى له المحافظة على بقائه.
- في ظل ظروف خاصة تتضمن أساسا انتفاء أي تهديد للذات يصبح ادراك الخبرات التي لا تتسق مع مفهوم الذات أمرا ممكنا. كما يصبح من الممكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثل هذه الخبرات. وجعلها متضمنة في بناء الذات.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية. فانه يصبح بالضرورة أكثر تفهما للآخرين وأكثر تقبلا لهم كأشخاص منفصلين.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في بناء ذاته لمزيد من خبراته العضوية. يكتشف أنه يستبدل جهاز القيم الحالي لديه – وهو قائم في المقام الأول على ما استدمجه عن الآخرين وأعطى له صورة رمزية مشوهة – بعملية تقييم متصلة ومستمرة. وعندما يحرز الفرد تقدما ونجاحا وثقة في عملية التقييم. فانه يجد ان الأجهزة القديمة لم تعد تثير التهديد ولا لزوم لها.
- هذه القضية تتصل برغبة الفرد وحاجته الى الاعتبار الاجتماعي. وفي بعض الأحيان تصبح هذه الرغبة أكثر الحاحا من عملية التقييم العضوية بحيث يسعى الفرد الى الحصول على تقدير الآخرين. اكثر مما يسعى الى الخبرات التي يقدرها الكائن الحي العضوي.
- وجد روجرز حاجة ملحة الى اعتبار الذات تسير جنبا الى جنب وبشكل متمايز مع الحاجة الى الاعتبار الاجتماعي.
- ونتيجة لقوى وحاجات ومطالب الاعتبار الاجتماعي واعتبار الذات ينمي الفرد اتجاها نحو تقدير الذات.

تعتمد وجهة نظر روجرز في العلاج النفسي على المتعالج نفسه. وما عنده من قدرة على النمو الذاتي ورغبة في تحقيق ذاته. وهي طريقة علاجية يكون فيها المتعالج المركز والبؤرة. ومن هنا جاءت تسميتها بالعلاج المركز حول العميل. بحيث تتم العملية العلاجية من خلال علاقة عميقة تربط بين المتعالج المحتاج الى المساعدة والمعالج القادر على تقديمها. وتتميز بأن عملية العلاج نفسها موجهة بنفسها وما يجري فيها. وانها تأخذ طريقها بين المعالج والمتعالج. وانها تضم

فرضيات حول حالة المتعالج يتم تأليفها باستمرار من خلال سير العملية العلاجية. وهي فرضيات ينتهي إليها المتعالج معتمدا على المواد الخام للخبرة العلاجية ويعمل هو نفسه لاثبات صحتها او بيان الخطأ فيها. (Patterson, 1986)

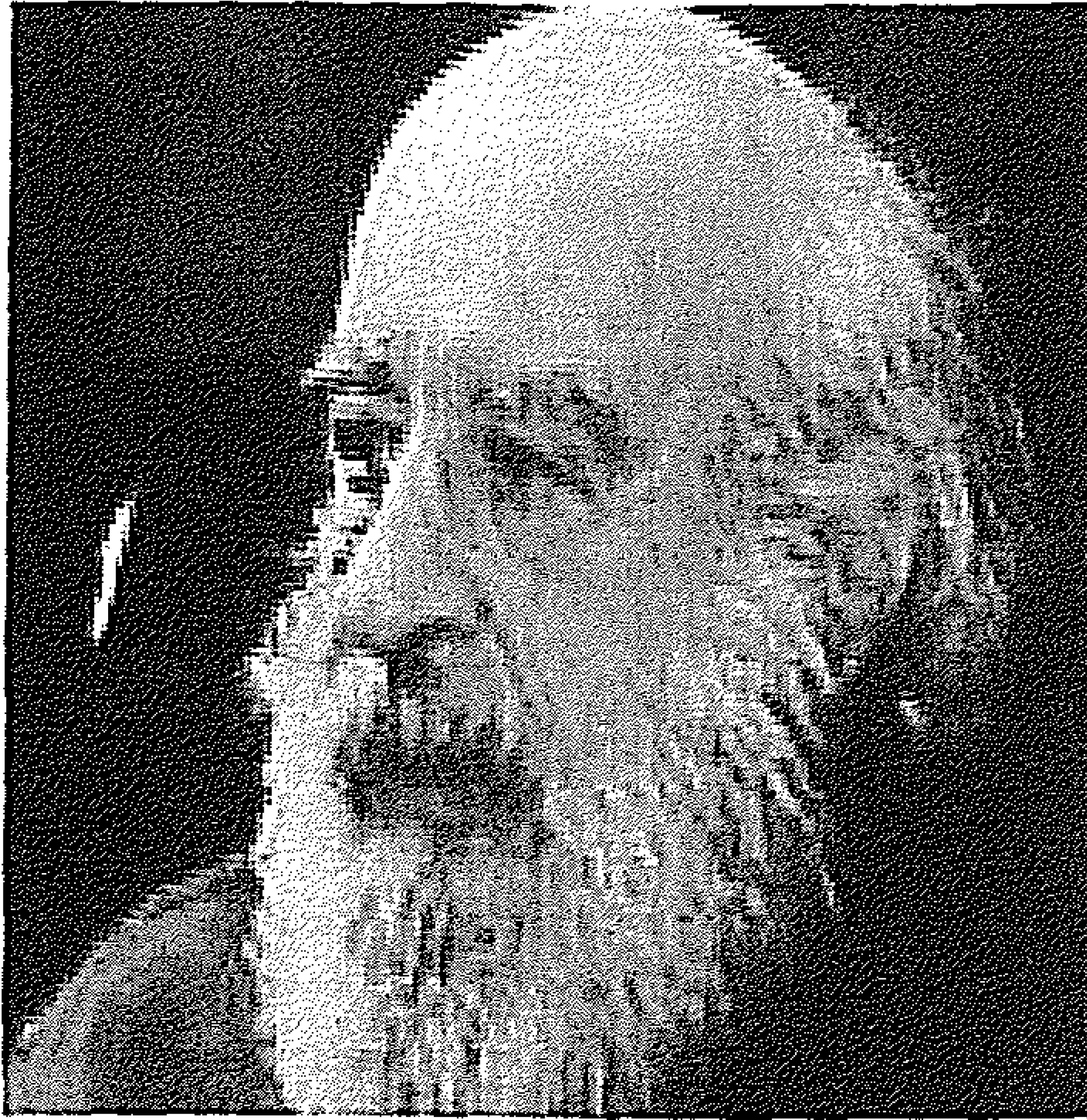
بيّن روجرز أن المعالجة النفسية تنفّذ من خلال في التنافر الحاصل لدى المتعالج بين خبرات طارئة ومفهوم الذات وتقديرها وقيمتها. ومن خلال العلاقة بين المعالج والمتعالج يتم التدخل في الموقف العلاجي بهدف التغلب على ذلك التنافر. (Ford & Urban, 2003) ولتحقيق ذلكيجب ان تكون العلاقة العلاجية بعيدة عن الإكراه والقسر وان يكون الاعتماد على المتعالج نفسه منطلقا في أشكال من الشرح والفرضيات في بيان حالة وتعليل ما هو حادث عنده وينتهي تدريجيا إلى دحض عدد من الفرضيات واثبات بعضها مما يسمح أخيرا للخبرة موضوع التنافر بأن تصبح مقبولة في نظام خبرات المتعالج.

رفض روجرز مبدأ التشبيه بين المعالجة الطبية والمعالجة النفسية فيما يتعلق بالتشخيص ووضع لأجل ذلك أسسا لابد من القيام بها في العملية العلاجية:

- **التشخيص:** فالتشخيص يعني فحص ما يظهر عند المتعالج من علامات الاضطراب لديه يمكن تحديدها بعدد من الاختبارات والمقاييس النفسية. وهذا لا يتناسب مع معالجة تتبنى المشاركة العاطفية. وفعالية المتعالج للعملية العلاجية
- **التفسير:** وهذا يعني ألا يقوم المعالج بتفسير الأحلام أو تفسير دلالات التداعي، ولا يقوم بتفسير تصرفات المتعالج التي أخذ بها التحليليون الفرويديون كمنحى علاجي لهم. ومن الممكن أن يرى المتعالج نفسه علاقات بين مشكلات حاضرة وخبرات ماضية. أو بين حاجاته العاطفية وطريقة معينة في فهم موقف يتصل بالتفاعل بين الناس.
- **تقديم النصح:** او اعتماد مبدأ القدوة: فالمعالج لا يقول للمتعالج ماذا يجب أن يفعل. أو ما الذي كان عليه أن يفعله في الماضي. ولا يسعى للايحاء له بذلك. فأساس المعالجة المركزة حول العميل أن لا تقوم على تقليد الآخرين. أو تقمص أفعالهم في مناسبات معينة. بل تقوم على ممارسة المتعالج نفسه. عملية التقمص الداخلي التي تقوده إلى مزيد من التبصر في ذاته وتسمح بأن يتغلب على التنافر.
- **طمأنة المتعالج:** وعلى المعالج ان لا يطمئن المتعالج ولا يعده بنتائج معينة. ولا يسعى لجعله اكثر تفاؤلا في الوصول الى الحلول. فالمتعالج والمعالج يسعيان معا لان يعيشا المشكلة التي يشكو منها المتعالج ويسيران معا في خطوات فهمها من غير ان يوحي المعالج بشيء ما. فالجهد الذي يبذله المتعالج في الجدل حول ما يمر به هو الأصل في بلوغ المعالجة النفسية لأهدافها.

4) **الارشاد والعلاج النفسي الجشطالتي:**

يرى بيرلز ان أي كائن حي له اعضاء وتنظيم معين وانضباط داخلي. والكائن بطبعه ليس مستقلا عن بيئته. فكل كائن يحتاج لبيئة معينة كي يتناول المواد الاساسية. فنحن جميعا نحتاج الى البيئة الفيزيائية من اجل تبادل الهواء والطعام.. الخ. كما نحتاج للبيئة الاجتماعية من اجل تبادل الصداقة والحب والغضب. ونحن (ككائن انساني) نعمل في تناسق متناهي في التعقيد بين كل اجزاء الجسم التي تتفاعل مع بعضها البعض لتكون الكائن. وتقوم نظرية بيرلز للتفاعل الاجتماعي على الظاهراتية (يعني مصطلح الظاهراتية Phenomenology الشيء كما يظهر لنا) لتعني تركيز الاهتمام على الإدراك الحالي. فإذا أردنا تعديل سلوك ما فلا بد وأن نغير الإدراك الذي يحكم هذا السلوك. وتتلخص نظرة بيرلز للانسان بالنقاط الرئيسية التالية (Thompson, et al. ; 2004) (الخطيب، 2005):



- الانسان كل لا يتجزأ، فهو ليس مجموعة أجهزة بل كل متكامل، ولا يمكن فهم الأجزاء خارج اطار الشخص كله.
- الاهتمام بالحاضر والمستقبل بدلا من الاتجاه للماضي وتحليلاته.
- الجانبان العقلي والجسمي ليسا مستقلين. وليسا بعيدين عن الانسان او بعيدا احدهما عن الآخر.
- حرية الانسان. فالإنسان لا يمارس إنسانيته إلا إذا مارس حريته اختيارا في تحمل منه لمسؤولية هذا الاختيار. فإذا لم يفعل ذلك يهبط الى منزلة الأشياء ويكون العصاب.
- السلوك الكلي ليس محكوما بعناصره الفردية. وحيثما تكون العمليات جزئية فهي محكومة بالطبيعة الداخلية للكل.
- العلاقة الوثيقة بين الكائن والبيئة التي يعيش فيها.
- الكائنات الانسانية كائنات موحدة وتعمل ككل. فالكائن السليم هو الذي يشعر ويفكر ويعمل معا.
- الكائنات الانسانية مسؤولة عن انفسها وحياتها وعيشها. وهي حرة وتمتلك امكانيات التغيير.
- كل انسان له هدف فطري واحد هو تحقيق ذاته كما هي.

- النشاط العقلي نشاط كلي يتم انجازه بطاقة اقل من الانشطة البدنية.
- يتصف الانسان بالوعي فهو قادر على وعي احاسيسه وعواطفه ومدركاته.

تقوم الطريقة الجشطالتية في العلاج النفسي على مبداين أساسيين هما:

- المبدا الكلي: The Holistic Principle الذي يقرر ان كل شخص هو كل منظم
- المبدا الجدلي للنقائض: The Dialectic Principle of Opposites والذي يتضمن مبدأ التوازن The Homeostasis.

ذلك أن خبرة الشعور أو الإحساس بالحاجة تؤدي إلى عدم التوازن في الكائن الحي. ويستجيب الكائن الحي لذلك ككل في محاولة لاستعادة التوازن بإشباعه للحاجة. وتبعا للنصوص او المصطلحات الجشطالتية تظهر الحاجة نتيجة للخبرة وتصبح هي الشكل. وينشغل الكائن في سلوك حسي وحركي في تفاعله مع بيئته من اجل الحصول على إشباع للحاجة. وعند إشباعها واكتمال الجشطالت يتلاشى او ينصرف تاركا الكائن مستعدا لظهور حاجة أخرى سائدة. وعملية الوعي او المعرفة المستمرة بالحاجات التي تظهر تسبب عدم التوازن. وتستتبع اتصالا عدوانيا بالبيئة. وإشباعا للحاجة عن طريق الاستيعاب من البيئة وتحقيق توازن وقتي يؤدي من ثم الى تطور ونمو

ويسعى المريض إلى العلاج لأنه في ازمة وجودية Existential Crisis حيث ان الدوافع لا تشبع. فالمريض لديه الدافع. ولكنه يأتي إلى العلاج ولديه توقعات معينة. ويأتي ولديه طرق عصابية غير ناجحة محاولا الحصول على دعم البيئة التي تعمل او تحقق له ما ينبغي ان يحققه هو لنفسه. والمريض يتوقع من المعالج ان يقدم له دعما بيئيا. ويستخدم الأساليب او التكتيكات في محاولة للتأثير على المعالج لكي يفعل له ما يريد.

يقدم العلاج الجشطالتي للمريض الكثير مما يريده كالاهتمام المطلق به. لكنه لا يعطيه كل ما يريده كالإجابات التي يتوقعها من المعالج. ولا يهتم بالطرق التي يسلك بها المريض والمشتقة من تاريخه الماضي ومن اللاشعور او الأحلام. لكنه يركز على الخصائص الحالية لسلوك المريض والتي لا يعيها. وعدم الوعي هنا أعم من اللاشعور. والأحلام مفيدة بسبب أنها تبرز محاولة لإيجاد حل لتناقض عملي. فهي ليست مفسرة بواسطة المعالج لكنها تستخدم بواسطته لمساعدة المريض على اكتشاف التناقض الذي أوجده دافعان متعارضان. فكل أجزاء الحلم — أشياء وأشخاص تعبر عن أجزاء مسقطة او منفصلة عن الشخصية يجب إعادتها وتحقيق التكامل بينها.

والمشكلات العصابية ليست في الماضي فقط بل هي في الحاضر ايضا. والعلاج النفسي نتيجة لذلك يجب ان يتعامل مع السلوك الحالي والاهتمامات الحالية من خلال تنمية الوعي بها والآن. والعلاج الجشطالتي علاج تجريبي حيث يطلب من المريض او يدفعه الى ان يجرب او يخبر نفسه بأقصى ما يستطيع بالإشارات، بالنفس، بالصوت ونحو ذلك. والأعمال الماضية غير المنتهية او المضطربة يجب ان تمارس او تعاش ثانية. ولا يكتفى بمجرد سردها فقط. وبذلك يمكن ان تحل هنا والآن. وحتى عندما يكون المريض مضطربا او مشوشا. فهناك دائما شيء ما في مقدمة او صدر الصورة. بعض الشكل " الجشطالتي " مهما كان غير واضح او مجزأ.

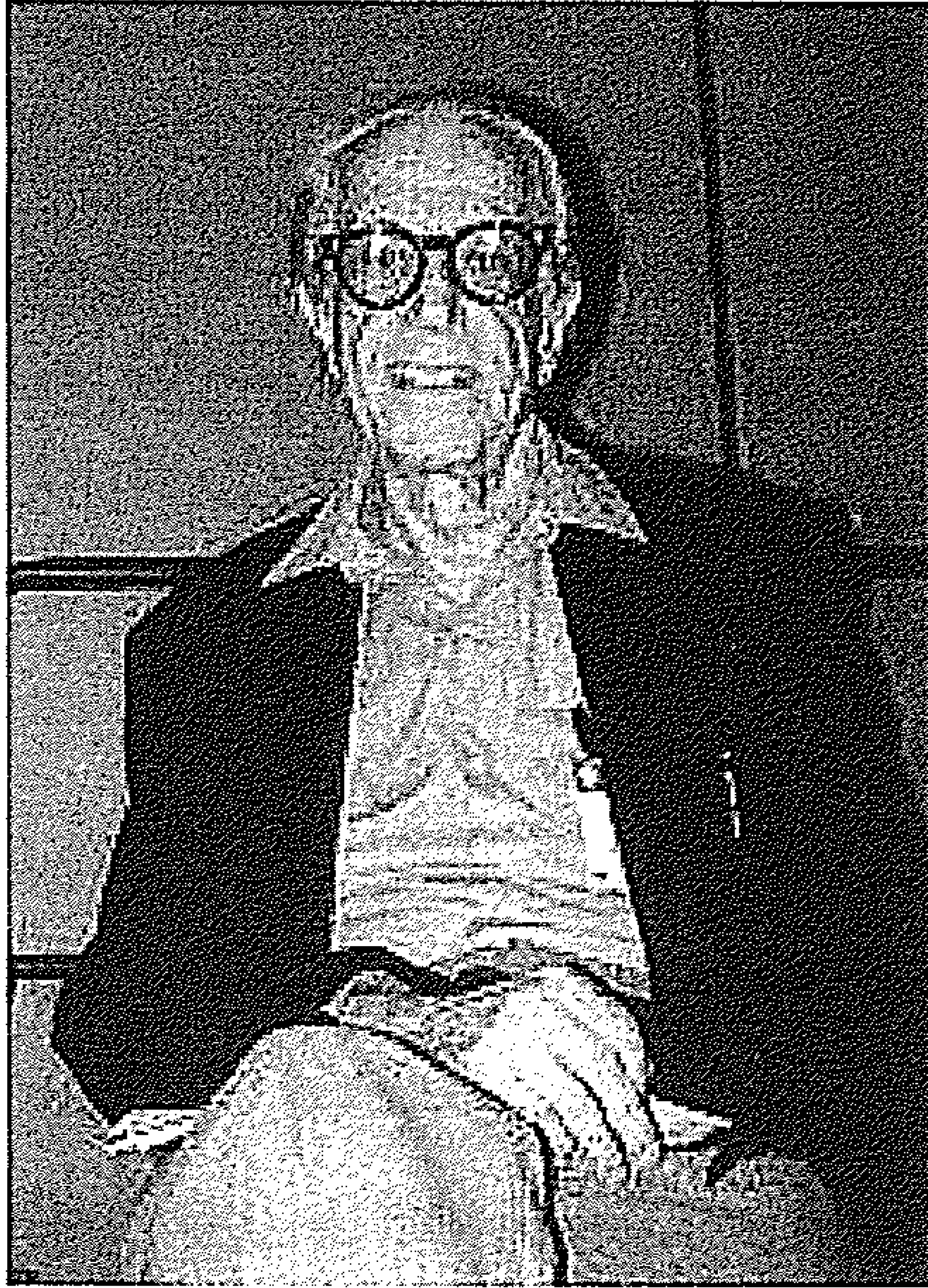
والعلاج الجشطالتي بتركيزه على التمييز او الإدراك وعلى الوعي بالميول او الاهتمامات والحاجات يحاول ان يعيد العادية او السوية التي بها يمكن للميول والحاجات او تأتي داخل شكل. ويمكن التعامل معها اما بالسعي لتحقيق الإشباع لها في البيئة. واما بإحداث انسحاب واضح قصدي يغلق" الجشطالت "

ان هدف العلاج الجشطالتي ليس حل مشكلات المريض ولكن في مساعدته على ان يتعلم كيف يحلها. فالعلاج هنا ليس عملية حل مشكلات. وبعد العلاج يجب ان يكون المريض في موقف يستطيع فيه ان يحل مشكلاته الحالية. وان يقي او يحصن نفسه او يحل مشكلات المستقبل وحده. وعليه فان هدف بيرلز في العلاج يتمثل في:

- ايجاد الانسان المتكامل الذي يعيش في تواصل مع مجتمعه بحيث لا يذوب في المجتمع ولا ينسحب منه بشكل كلي.
- زيادة وعي المسترشد بسلوكه وما يدور حوله. والوعي هو مفتاح الصحة النفسية.
- تسهيل اعادة التوازن للكائن واعادة بناء الوظائف الأفضل.
- استعادة الكلية التامة في شخصية الكائن. وذلك باعادة الوظيفة التكاملية للأنا.
- اعادة بناء التواصل والتفاعل السوي بين الفرد والبيئة.
- تحقيق الفرد لذاته بدلا من ان يحقق صورة الذات وذلك بانتقال الفرد من الاعتماد على دعم البيئة الى الاعتماد على الذات.

5) الارشاد والعلاج النفسي العقلاني الانفعالي:

طور الليز أسلوبه في العلاج العقلي الانفعالي خلال سلسلة مقالات نشرها عام 1955 وبإصداره كتاب " العقل والانفعال في العلاج النفسي. ويعتبر البورت الليز Albort Ellis أول من حاول إدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي.



أشار الليز في نظريته العقلانية الانفعالية على ان افكار الانسان هي التي تؤثر في مشاعره وأحيانا توحدها. ويرى ان البشر يفكرون ويشعرون ويتصرفون في آن واحد. وانهم مخلوقات بشرية ولدوا ولديهم نزعات للصراع الداخلي. وانهم يتأثرون بالعائلة والثقافة. وان لديهم استعداد فطري وميل مكتسب لأن يكونوا عقلانيين او ان يكونوا غير عقلانيين. وان البيئة تساعد الافراد في مرحلة طفولتهم لتكوين الافكار غير العقلانية.

ويقوم العلاج العقلي الانفعالي على بعض التصورات والفروض المتعلقة بطبيعة الإنسان وطبيعة التعاسة، والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها. ومن بين هذه التصورات والفروض: (باترسون، 2003)

- الإنسان حيوان عاقل متفرد في نوعه. وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية. ويشعر بالسعادة والكفاءة.
- الاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي يعتبران نتيجة للتفكير غير المنطقي والتفكير الانفعالي ليسا منفصلين. فالانفعال يصاحب التفكير والانفعال في حقيقته منحاز ذاتي وغير عقلاني.
- يرجع التفكير غير العقلاني في اصله ونشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقي. فالفرد لديه استعداد لذلك التعلم بيولوجيا. كما انه يكتسب ذلك من والديه بصفة خاصة. ومن الثقافة التي يعيش بينها.
- الإنسان حيوان متكلم والتفكير يتم عادة خلال استخدام الرموز الكلامية. ولما كان التفكير يصاحب الانفعال والاضطراب الانفعالي. فان التفكير غير العقلاني يستمر بالضرورة طالما يستمر الاضطراب الانفعالي.
- إن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات يتقرر ليس فقط بالظروف والأحداث الخارجية. ولكن أيضا بادراكات الفرد واتجاهاته نحو هذه الأحداث التي تتجمع على صورة جمل يتم استدخالها أو تمثيلها.
- الأفكار والانفعالات السلبية أو المثبطة للذات. يجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك

والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقيا ومتعقلا.

- ان هدف العلاج بالطريقة العقلانية الانفعالية هو تعليم المسترشد تحليل وتصحيح الحقائق التي تشوهت او تحرفت. وذلك لتمييز معتقداته غير العقلانية من العقلانية. بحيث يحقق في العلاج هدفين اساسيين هما: خفض القلق والعدوان او الغضب الى اقل مستوى ممكن وتزويد الأفراد بطريقة يستطيعون بها خفض القلق والعدوان الى اقل مستوى ممكن. بالاضافة الى عدد من الاهداف التي يسعى المرشدون الذين يستخدمون الطريقة العقلانية في العلاج تحقيقها. مثل: الاهتمام بحقوق الاخرين والتوجيه الذاتي والاستقلالية الذاتية والمسؤولية وتحمل هفوات الاخرين وتقبل الاشياء غير المؤكدة والمرونة والانفتاح على التغيير والتفكير العلمي وتقبل الذات. وتقبل المخاطر والرغبة في تجريب اشياء جديدة. وزيادة دافعية المسترشد للاستمرار في استخدام عملية النقاش ليصبح عادة لتوجيه الذات. حتى بعد انتهاء عملية العلاج.

وقد أوضح الليز في هذا الصدد إحدى عشرة فكرة أو قيمة غير عقلانية أو خرافية. وغير ذات معنى. ولكنها رغم ذلك شائعة لدى المجتمعات الإنسانية. وهي تؤدي بالضرورة إلى انتشار العصاب. وهذه الأفكار هي: (باترسون، 2003)

- من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مرضيا عنه من كل المحيطين به. هذه فكرة غير منطقية، لأنها هدف لا يمكن تحقيقه.
- يجب على الفرد أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة وأن ينجز ما يمكن أن يعتبر نفسه بسببه ذا قيمة وأهمية. هذه أيضا تدخل في عداد الأمور الصعبة التحقيق.
- بعض الناس شر وأذى، وعلى درجة عالية من الخسة والجبن والنذالة، وهم لذلك يستحقون العقاب والتوبيخ. وهذه فكر غير عقلانية لانه ليس هناك معيار مطلق للخطأ والصواب.
- انه لمن المصائب الفادحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد. وهذا نوع من التفكير الضار إذ أن التعرض للإحباط يعتبر أمرا عاديا. ولكن من غير المنطق وغير العادي ان يقابل الإحباط بالحزن الشديد والدائم لاسباب عديدة منها:
- لايوجد سبب لاختلاف الأشياء عما هي عليه في الواقع.
- الشعور بالهم والحزن لن يغير كثيرا من الموقف الحالي بل قد يزيده سوءا.
- إذا كان من المستحيل فعل شيء إزاء الموقف فالشيء الوحيد المعقول هو أن نتقبله.
- الإحباط لا يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي إلا إذا صور الإنسان الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات ضروريا لتحقيق السعادة والرضا.
- " المصائب والتعاسة تعود أسبابها إلى الظروف الخارجية والتي ليس للفرد عليها ضابط.

وصحيح ان القوى والأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عدوانا على الإنسان وتهديدا لامنه. والأحداث الخارجية قد تشكل في مظهرها عدوانا على الإنسان وتهديدا لامنه. إلا أن هذا التصور نفسي في طبيعته. فالأشياء الخارجية قد لا تكون مدمرة بذاتها. ولكن تأثر الفرد بها واتجاهاته نحوها وردود أفعاله نجاهها هو الذي يجعلها تبدو كذلك.

- " الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير. والانشغال الدائم للفكر ينبغي ان يتوقعها الفرد دائما وان يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها". هذا الفرض غير صحيح لان الهم وانشغال البال والقلق يؤدي إلى أضرار كثيرة منها:

  - انه يحول دون التقويم الموضوعي لامكانية وقوع الأحداث الخطيرة.
  - يحول دون التعامل معها ومواجهتها بفاعلية إذا وقعت.
  - قد يؤدي إلى وقوعها بالفعل.
  - لا يستطيع منع وقوعها إذا كانت لا بد منها.

- يجعل الأحداث تبدو اكبر من حجمها الحقيقي او اكثر خطورة مما هي عليه في الواقع. والشخص العاقل يدرك ان الأخطاء الممكنة لا ينبغي توقعها بصورة تورث الهم والقلق. إذ أن ذلك لا يمنع وقوعها بل قد يزيد من شدة وقعها.
- " الأسهل للفرد أن يتجنب بعض المسؤوليات وان يتحاشى مواجهة الصعوبات بدلا من مواجهتها ". وهذا فرض خاطئ لان تجنب إنجاز الواجبات وتحمل المسؤوليات اكثر صعوبة واكثر إيلاما للنفس وإثارة للمتاعب من إنجازها.
- " يجب أن يعتمد الشخص على آخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه ". هذا فرض غير معقول لانه بينما نعتمد جميعا على بعضنا البعض إلى حد ما. إلا انه ليس هناك سبب للبمالغة في الاعتمادية لأنها تضر وتؤدي إلى فقد الحرية وتحقيق الذات. كما تقود إلى مزيد من الاعتمادية والى الفشل في التعلم. وفقد الأمان بسبب وقوعه تحت رحمة من يعتمد عليهم.
- "الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك الحاضر والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها". وعلى النقيض من هذا الفرض، فان ما كان يعتبر سلوكا ضروريا في الماضي في ظروف معينة ليس من المحتم أن يكون ضروريا في الحاضر.
- " ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات " وهذا اعتقاد خاطئ لان مشكلات الآخرين لا ينبغي ان تكون مصدر هم كبير لنا حتى ولو كان سلوك الآخرين يؤثر فينا. فان تفسيرنا لهذا التأثير هو الذي يقلقنا أو يعزينا.
- "هناك دائما حل لكل مشكلة، وهذا الحل يجب التوصل إليه. وإلا فان النتائج سوف تكون خطيرة" هذا فرض غير معقول للأسباب التالية:

- لاوجود لحل كامل صحيح ووحيد لأي مشكلة.
- المخاطر المتخيلة بسبب الفشل في التوصل إلى الحل الصحيح تعتبر غير واقعية. ولكن الإصرار على وجود مثل هذا الحل قد يؤدي إلى القلق أو الخوف.
- الإصرار على الكمال قد يؤدي إلى حلول اضعف مما يمكن أن تكون. والعاقل هو من يحاول ان يجد حلولا كثيرة ومتنوعة للمشكلة الواحدة ثم يختار أحسنها وأكثرها قابلية للتنفيذ مدركا انه لا يوجد حل كامل بصورة مطلقة.

وتبعا لآراء الليز فان عملية العلاج النفسي تتمثل في علاج غير المعقول بالمعقول. وهذا قائم على استخدام العمليات العقلية للفرد. فالإنسان باعتباره كائنا عاقلا. قادر على تجنب الاضطراب الانفعالي والتخلص منه. ومن الشعور بالتعاسة بتعلم التفكير العقلي المنطقي.

وعليه، فان عمل المعالج النفسي يكاد ينحصر في مساعدة المريض على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير المعقولة واستبدالها بأفكار واتجاهات معقولة ضمن الخطوات الرئيسية التالية:

- **الخطوة الأولى:** هي أن تثبت للمريض انه غير منطقي ثم نساعده على ان يفهم لماذا هو غير منطقي.
- **الخطوة الثانية:** هي ان توضح للمريض العلاقة بين أفكاره المنطقية وبين ما يشعر به من تعاسة واضطراب. ويشير الليز في هذا الصدد إلى أن معظم طرق العلاج النفسي تفعل نفس الشيء لمرضاه ولكن بطريقة غير مباشرة. ثم تتوقف عند هذه الخطوة. أما وجهة النظر العقلانية الانفعالية فهي تزيد خطوة أخري على ما تفعله الطرق الأخرى في العلاج. بأن تطلع العميل على كيفية احتفاظه بالاضطراب طالما انه مستمر في التفكير بصورة منطقية.
- **الخطوة الثالثة:** هي أن تجعل المريض يغير تفكيره ويترك الأفكار غير المنطقية. فالعلاج العقلي الانفعالي يدرك أن التفكير غير المنطقي يعتبر طبعا من طباع العميل الثابتة التي لا يمكنه التخلص منها أو تغييرها معتمدا على نفسه خلافا لما تقوم به أساليب العلاج النفسي الأخرى التي تترك المريض دون تدخل منها.
- **الخطوة الرابعة:** وهي التعامل مع المريض مع مجموعة معينة من الأفكار غير المنطقية إلى التعامل مع الأفكار الأكثر عمومية. ومع فلسفة العميل ونظرته إلى الحياة. وفي هذه الخطوة تعد المريض لتجنب الوقوع ضحية للأفكار الخاطئة مرة ثانية.

كما يقوم المعالج على الكشف للمريض بصفة مستمرة عن أفكاره غير العقلانية وأحاديثه النفسية الداخلية غير المنطقية. وذلك من خلال:

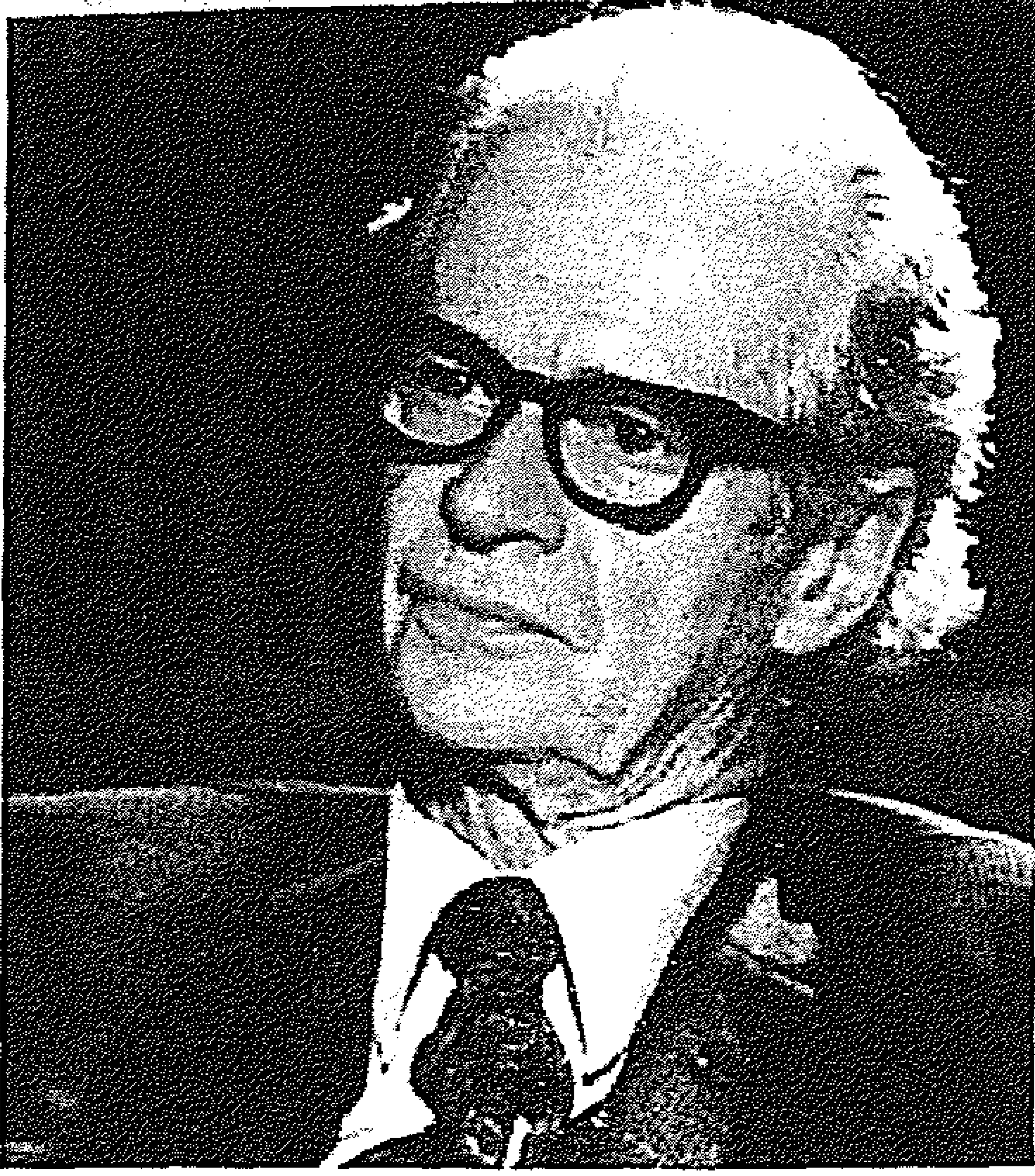
- إبراز الأفكار والأحاديث النفسية غير المنطقية لتصبح في مستوى الانتباه والوعي لدى المريض.
- بيان كيفية تسبب الاضطراب عند المريض وتثبته.
- توضيح العلاقة غير المنطقية وغير الدقيقة بين هذه الأحاديث الذاتية الداخلية لدى المريض.
- تعليم المريض كيف يعيد النظر في تفكيره وكيف يتحدى ويناقض هذه الأحاديث ويعيدها ويكررها في صورة أكثر منطقية حتى يتم استدخال واستبطان الأفكار المنطقية الجديدة لتحل محل القديمة.

ويقوم المعالج الذي يطبق وجهة النظر العقلانية الانفعالية في العلاج النفسي باستخدام العقل والمنطق والتعليم والإيحاء والجدل والإقناع وتلقين المبادئ وابطال بعض الأفكار متبعا استراتيجية محددة تتمثل في:

- أن يتقلد المعالج دور الداعية الصريح الذي يناقض وينكر الاعتقادات الخاطئة والخرافات المتأصلة في نفس المريض
- أن يتفقد دور المشجع المقنع الذي يصر أحيانا على ان يقوم العميل ببعض الأنشطة ويمارس بعض الأعمال التي يخاف من ممارستها بسبب الخوف المبني على الاعتقادات والأفكار الخرافية.

6) الارشاد والعلاج النفسي السلوكي:

شارك أصحاب النظريات السلوكية أصحاب نظريات الاستعداد في التأكيد الشديد على استخدام المناهج العلمية الصارمة. وهم يميلون بصفة خاصة إلى تأكيد التجريب وبسبب إصرار علماء النفس السلوكيين على القياس المضبوط يركزون عادة على الحقائق الملحوظة. والاستجابات الفيزيولوجية والظواهر الأخرى التي يمكن تقديرها موضوعيا. فأحيانا يدرسون الحيوانات في المعمل بهدف الاستبصار بالعمليات الجوهرية في الشخصية. وفي سبيل تفسير السلوك يؤكد السلوكيون على مبادئ التعلم والظروف البيئية. ومن وجهات النظر السلوكية في هذا الشأن ما يلي:



يرى سكنر (Hall & Lindzey, 2007) أن الشخصية الانسانية عبارة عن خيال أو وهم في جوهرها. فالناس يرون ما يفعله الآخرون ويستنتجون الخصائص المعمرة (الدوافع، السمات، القدرات) الموجودة أصلا في ذهن صاحبها ويعتقد أن السلوكيين يجب أن يركزوا على فهم ما يفعله الكائن. ويعتقد سكنر أن السلوك يمكن تفسيره بالعوامل الوراثية والعوامل البيئية. مؤكدا على دور الخبرة. خاصة ما يتعلق منها بمبادئ الاشتراط البسيط مثل التعزيز والانطفاء والاشتراط الضدي والتمييز. فسلوك الفرد كما يراه محكوم في أي وقت بالكثير من الظروف المستقلة في جوهرها.

يعتقد سكنر بأن الانسان يمتلك الطاقة الايجابية والطاقة السلبية ولم يهتم ببنية الشخصية بل كان مهتما بالتأكيد على تغيير السلوك وتعديله وكيفية حدوث ذلك. ولهذا فقد ركز العلاج السلوكي على تحليل سلوك الفرد الظاهري لتحديد عوامله ومكوناته الأساسية الإيجابية والسلبية على السواء. ثم حصر مسببات او مثيرات السلوك السلبي" والتي يطلق عليها عادة بالمنبهات Stimuliومعالجتها تدريجيا حتى يصل المعالج النفسي إلى مرحلة يضبط فيها لدرجة ملحوظة السلوك السلبي. ومكونا في الوقت نفسه لدى الفرد بديلا إيجابيا له. وقد اشتهر نوعان من المبادئ النفسية السلوكية المستخدمة في العلاج السلوكي. هما:

- **الاشتراط التقليدي البافلوفي: Classical Conditioning** والذي أحدثه العالم الروسي بافلوف. ويتمثل في استبدال المنبه غير المشروط بمنبه مشروط لأغراض علاجية سلوكية. وذلك بإقرانهما معا عدة مرات أو فترات.
- **الاشتراط الفعال: Operant Conditioning** الذي طوره سكنر. ويتلخص ميل الفرد إلى إحداث السلوك وتكراره عند خبرته لنتائج إيجابية والى تقليله أو تجنبه عند خبرته لنتائج سلبية أو غير مستحبة. بمعنى ان نوع النتائج التي يحدثها السلوك قد تعزز وتزيد من حدوثه أو تؤدي إلى تقليله وحذفه.

يرى أقطاب العلاج السلوكي ان المرض النفسي يمثل تجمعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة. وان هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا أخضعت لمبادئ العلاج السلوكي وإجراءاته وقوانينه. مركزين بذلك على المشكلة الحالية للسلوك المرضي للمريض وأعراض مرضه النفسي.

وقد حدد أصحاب وجهة النظر السلوكية في العلاج النفسي عددا من الخصائص التي ميزوا بها طريقتهم في العلاج التي اشتملت على الأمور التالية: (Rimm & Masters, 2011) (الشناوي، 1998):

- التركيز على السلوك (الاعراض) أكثر من التركيز على اسباب مفترضة.
- ان السلوكيات غير المتوافقة انما هي استجابات متعلمة.
- ان الاسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم. يمكن ان تفيد كثيرا في تعديل السلوك غير المتوافق.
- يتضمن العلاج السلوكي اعداد اهداف علاجية محددة وواضحة.
- يرفض العلاج السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات.
- يعد المعالج السلوكي طريقة العلاج بما يناسب مشكلة العميل.
- هنا – والآن: لايهتم العلاج السلوكي بالبحث في الماضي البعيد للمسترشد.. وانما يهتم بصفة اكثر بماذا يحدث الان.
- العلاج السلوكي يقوم على اساس تجريبي.
- معظم السلوك الإنساني متعلم ومكتسب.
- السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف عن السلوك العادي المتعلم. والفرق بينهما أن السلوك المرضي سلوك غير ملائم أو غير متوافق بينما السلوك العادي سلوك متوافق للفرد.
- يكتسب الفرد سلوكياته نتيجة التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه. ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين هذا السلوك.
- تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة معينة من السلوك الكلي للفرد تزداد أو تنقص بين الأفراد.
- زملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع لعادات خاطئة متعلمة.
- السلوك المضطرب يمكن تعديله.
- الأصل في السلوك الإنساني يكمن في وجود دوافع فيزيولوجية أولية لدى الفرد. وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة قد ترتبط بأساليب تعلم غير توافقية. وحينئذ لا بد من تعديل هذه الأساليب. لإحداث التوافق في سلوك الفرد.

تسير العملية العلاجية من وجهة النظر السلوكية في العلاج النفسي على النحو التالي:

- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: وهذا يتم عن طريق استخدام عدد من الأساليب الخاصة بجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بالسلوك المضطرب مثل: الملاحظة، والمقابلة، واستخدام الاختبارات النفسية، والتقارير الذاتية.
- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: يمكن تنفيذ هذا الإجراء عن طريق الفحص الدقيق والبحث الدقيق في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يتلوه من عواقب.
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب: هل كان السلوك يظهر نتيجة خوف شرطي بسيط؟ أو يعكس خوفا أساسيا معمما يحدث في مواقف مشابهة ولكنها مختلفة؟ وهل يستمر بسبب النتائج التي تؤدي إليها.
- اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها:
- إعداد جدول لاعادة التدريب.
- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.
- تعديل الظروف البيئية.

7) الارشاد والعلاج النفسي المبني على نظرية التحليل التبادلي



تحدث بيرن Eric Leonard Berne عن وجهة نظره في العلاج النفسي بطريقة التحليل التبادلي وأشار الى ان الشخصية تنقسم الى ثلاث حالات للأنا: الأب، والراشد، والطفل. والطفل مشتق من الخبرات الحقيقية في الطفولة بينما يمثل الأب، الآباء الحقيقيين في سلوكهم وتأثيرهم في أشكال من الكف والتشجيع. ويمثل الراشد الواقع والحقيقة، وينظم ويتوسط بين الأب والطفل. وكل سلوك يمكن أن يكون مرتبطا بواحد من هذه الحالات. وفي الحياة المبكرة. يحل الطفل مواقف مشكلة معينة بطريقة تؤدي الى قرار متعلق بالذات والى موقف تجاه الحياة. وحياة الطفل تصبح عملية تبرير او دفاع عن هذا الموقف وابعاد لكل التأثيرات التي تهدده. وهناك أربعة مواقف رئيسية تتصل بالشخص وعلاقته بالآخرين:

- أنا بخير: أنت بخير
- أنا بخير: أنت لست بخير
- آنا لست: بخير ك أنت بخير
- أنا لست بخير: أنت لست بخير

بهذه الطريقة تحدث أريك لينارد بيرن Eric Lenard Berne الذي وصف الكائن الإنساني بالحاجة إلى التواصل والاستجابة من والى الآخرين في عملية تفاعلية. وهذه الحاجة خصص لها اسم " الجوع أو الاشتهاء المثير Stimulus hunger.

ويمر الجوع او الاشتهاء بثلاثة أشكال (باترسون، 2005):

- الشكل الأول الذي تأخذه هذه الحاجة في الطفولة المبكرة هي اشتهاء الملامسة Tactile hunger أو الحاجة إلى الملامسة البدنية اللصيقة والعطف. والقصور او الحرمان من الملامسة البدنية للصغير قد تؤدي الى سرعة الإصابة بالمرض ثم إلى الموت. وتسمى هذه الحالة بالهوسبيتاليزمHospitalize عند رينيه سبيتز Rene Spitz الذي كان أول من تعرف على هذه الحالة لدى الأطفال الموضوعيين في المعاهد الداخلية. وهذه الحاجة إلى الملامسة والملاطفة البدنية والتواصل البدني تستمر مدى الحياة ويجاهد الفرد بصفة دائمة في سبيل الاقتراب البدني من الآخرين. لكنه يتعلم منذ الطفولة المبكرة أنه لا يستطيع أن ينال كل ما يريد. ومن ثم يبدأ البحث عن حلول وسط فيتقبل أشكالا أخرى من التواصل غير البدني.
- ويتحول الاشتهاء أو الجوع إلى الملامسة إلى اشتهاء أو جوع الانتباه والاعتبار. والذي يتضمن مجرد الاعتراف بوجوده من جانب الآخرين. ويتضمن الملامسة اللفظية أو التواصل اللفظي Verbal Touching. وهذا هو الشكل الثاني من أشكال الجوع او الاشتهاء. وهذه الشواهد الدالة على الحاجة إلى الانتباه والاعتبار من الآخرين تسمى ملاطفات Strokes لشبهها بالملاطفات البدنية التي يعامل بها الأطفال الصغار. وتعتبر الملاطفة في أساسها وحدة أساسية في التفاعل الاجتماعي وتبادل الملاطفات يشكل عملية التبادل Transaction.
- أما الشكل الثالث من أشكال الاشتهاء أو الجوع إلى المثير هو الاشتهاء أو الجوع الإنشائي أو التنظيمي Structure hunger أو الحاجة إلى تنظيم وشغل الوقت من أجل تجنب السأم او الملل.

ويشتمل تركيب الشخصية على نظام ثلاثي للأنا. والحالات الثلاث للأنا هي: ابن راشد، طفل. ومصطلح حالة الأنا Ego state يقصد بها مجرد تمييز حالات الطفل وما يتصل بها من

نماذج السلوك كما تحدث على الطبيعة. وكل فرد يدمج حالات الأنا الثلاث والتي تعبر عن نفسها في مجموعات مختلفة. وربما غير متناسقة من النماذج السلوكية. وهذه المجموعات من النماذج السلوكية يشار إليها كأب وراشد وطفل. ولهذا فهي تمثل حلقات غير متداخلة. ولكنها متلامسة ومنظمة رأسيا لتوضيح تمايز وتغاير كل واحدة عن الأخرى. فالحلقة التي تمثل الأب في القمة وتمثل حلقة التوجيه الأخلاقي. وحلقة الراشد تهتم بالواقع. أما حلقة الطفل فتهتم بالطهر والنقاء. وأحيانا الشر والرغبات الأولية القديمة. وهذه الحلقات الثلاث مرشحة لدرجات متساوية من الاحترام. ولكل منها مكان في الحياة العادية. وعندما يختل التوازن الصحي فان التحليل واعادة التنظيم تصبح ضرورية.

وتشتق حالة الأنا الأب من النفس الخارجية Extra Psyche والتي تنطوي على الأنشطة القائمة على التوحد أو التقمص. فكل الراشدين لديهم آباء حقيقيون أو بديلون يؤثرون من خلال الوظيفة النفسية الخارجية في سلوكهم. ويطلق على هذا السلوك المتأثر بالآباء سلوك الأب. وهو يوضح ان الأفراد في حالة عقلية تم عرضها بواسطة أحد آبائهم الحقيقيين او البديلين في الماضي. وانهم يستجيبون بالطريقة نفسها وبالوقفة نفسها او الوضع او المزاج على سبيل المثال. وبنفس الحركات التعبيرية والتعبيرات اللفظية والمشاعر ونحو ذلك. وفي عبارات التحليل التبادلي العامية عبارة تفيد " ان كل فرد يحمل أبويه في داخل نفسه"

مراجع الوحدة الثانية

المراجع العربية:

- ابو اسعد، احمد عبد اللطيف (2009). المهارات الارشادية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ابو حطب، فؤاد وآخرون (2003): التقويم النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- باترسون، س. هـ: (2003) نظريات الارشاد والعلاج النفسي (القسم الأول). ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، الكويت: دار القلم.
- باترسون، س. هـ: (2003) نظريات الارشاد والعلاج النفسي (القسم الثاني). ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، الكويت: دار القلم.
- بطرس، بطرس حافظ (2007). ارشاد الأطفال العاديين. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع.
- الخطيب، صالح احمد (2005): الارشاد النفسي في المدرسة.: أسسه – نظرياته – تطبيقاته. العين: دار الكتاب الجامعي.
- الشناوي، محمد محروس الشناوي (1998): العملية الارشادية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- عباس، فيصل (1982): الشخصية في ضوء التحليل النفسي. بيروت: دار المسيرة.
- علام، صلاح الدين محمود (2000). تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية. القاهرة: دار الفكر العربي.
- علام، صلام الدين محمود (2006). الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- غنيم، سيد محمد (1993): الشخصية: محدداتها وقياسها ونظرياتها، دار النهضة العربية، القاهرة.
- ملحم، سامي محمد (2005): سيكولوجية التعلم والتعلم: الأسس النظرية والتطبيقية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ملحم، سامي محمد (2009). مبادىء التوجيه والارشاد النفسي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- ملحم، سامي محمد (2011). التقويم في الارشاد النفسي والتربوي. عمان: دار الرضوان.
- مليكة، لويس كامل وآخرون (2010): الشخصية وقياسها. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة
- وكسلر (1983): مقياس وكسلر لذكاء الأطفال. اقتباس واعداد: محمد عماد الدين اسماعيل ولويس كامل مليكة.

المراجع الأجنبية:

- Brown, D. ; (2007). **Career information, career counseling, and career development**. Boston: Pearson education Inc.
- Carey, L. M. ; (2001) Measuring and evaluating school learning. Boston: Allyn and Bacon.
- Corey, G. ; (2011) Case Approach to Counseling and Psychotherapy. Monterey: California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Ford, D. H. & Urban, H. B. ; (2003). Systems of Psychotherapy: A Comparative Study. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Gay, L, R. ; (2007) Educational research competencies for analysis and application. Columbus, Ohio, Merrill publishing Co.
- Hall, C. & Lindzey, G. ; (2007). Theories of Personality New York: John Wiley & Sons.
- Hanson, R. W. , Gerber, K. E. (1990) , Coping With Chronic Pain: A Guide To Patent Self – Management pp. 15 – 45. New York: Guilford Press.
- Hilgard, E. , R. , Atkinson, R. C. ,& Atkinson. R. , L. ; (2003) Introduction to Psychology. Harcourt Brace Jovanovich, INC.
- Ivey, A. E. , et al. ; (2007) Counseling and Psychotherapy: Integrating Skills, Theory, and Practice. (2nde ed) New York: Prentice – Hall International Editions.
- Lahey B. B. ; (2009) Psychology: An Introduction. New York: WCB: Brown & Benchmark. The McGraw – Hill companies.
- Liebert, R. M. , & Spiegler, M. D. ; (2002) Personality: Strategies and Issues. Homewood: Illinois: The Dorsey Press.
- Merton, R. et al. ; (2006) The focused interview. Glencoe, Illinois: The free press co.
- Moorhead, G. , & Griffin, W. ; (2007). Organizational behavior. New York: Houghton Mifflin company.
- Nitko, A. J. ; (2007). Educational assessment of students. New Jersey: Pearson, Merrill. Prentice Hall.
- Patterson, C. H. ; (1986). Theories of Counseling and Psychotherapy New York: Harper & Row, Publishers,
- Rimm, D. C. & Masters, J. C. ; (2011). Behavior Therapy. New York: Academic Press.
- Rummel, J. T. & Ballaine, W. C. ; (2011) Research Methodology in Business. New York: Harper & Row.
- Scully. J. H. , et al. ; (2010) Psychiatry. Malvern: Pennsylvania: Harwal Publishing Company.

- Shertzer, B. , & Stone, S. C. ; (2011) Fundamentals of counseling. New York: Houghton Mifflin company.
- Thompson, C. , L. , et al. ; (2004). Counseling children. Australia, Thomson. Brooks/cole. 2004.
- Thompson, R. A. ; (2003). Counseling techniques: Improving relationships with others, ourselves, our families, and our enivironment. New York: Bruner – Routledge.
- Trull, T. J. , & Phares, J. ; (2001) Clinical psychology. Australia: Wadsworth: Thomson learning.
- Warters, J. ; (2004). Techniques of Counseling. New York: McGraw – Hill Book Company.

الوحدة الثالثة

إرشاد الجماعات



الوحدة الثالثة

ارشاد الجماعات

أولاً: المقدمة:

(1 – 1) تمهيد

عزيزي الدارس: اهلا بك في الوحدة الثالثة من هذا الكتاب والذي يبحث في ارشاد الجماعات. فطرق الارشاد واساليبهتختلف باختلاف شخصية الفرد وطبيعة مشكلته. وارتباط تلك المشكلة بنظريات الارشاد والعلاج النفسي.

تتألف هذه الوحدة من سبعة أجزاء يتكون الجزء الأول منها من تعريف للجماعات الصغيرة، والاتجاهات النظرية في دراسة الجماعات. ويتكون الجزء الثاني من تعريف للارشاد الجمعي وخصائصه وأهدافه واهميته ومجالات استخدامه. أما الجزء الثالث فيتكون من المجموعة الارشادية وشروطها وأنواعها وتشكيلها. ويتكون الجزء الرابع من قيادة المجموعة الارشادية وصفات القائد وشخصيته، ومهماته، وخصائصه، ودور أعضاء المجموعة الارشادية ومسؤولياتهم وقواعدها واخلاقيات العمل فيها. ويتكون الجزء الخامس من بعض أساليب الارشاد الجمعي وفنياته، ومعايير استخدامها. ويتكون الجزء السادس من مميزات الارشاد الجمعي وعيوبه. وأيتكون الجزء السابع والأخير من نموذج لبرنامج ارشادي جمعي مقترح.

(1 – 2) اهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادرا على أن:

1. تعرف الجماعات الصغيرة ونماذجها النظرية المفسرة لها.
2. تبعرف الارشاد الجماعي وخصائصه.
3. تحدد شروط المجموعات الارشادية وأنواعها.
4. توضح صفات قائد المجموعة الارشادية وخصائصه.
5. توضح أساليب الارشاد الجمعي وفنياته.
6. تذكر مميزات الارشاد الجمعي وعيوبه.
7. تبين أهداف البرنامج الارشادي وأهميته.

ثانياً: طبيعة الجماعات الصغيرة:

انتشر استخدام اصطلاح الجماعة أو ديناميات الجماعة Group Dynamics منذ الحرب العالمية الثانية وتعددت معانيه وأوجه استخدامه بازدياد انتشاره:

فينظر البعض إلى هذا المصطلح على أنه نوع من الأيديولوجية السياسية يتناول الطرق التي يجب أن تنظم بها الجماعات. بينما ينظر البعض الآخر إلى الجماعة على أنها مجموعة من الأساليب. مثل العملية الجماعية والحل الجماعي للمشكلة وقرار الجماعة. وهي أساليب تستخدم حديثا على نطاق واسع خاصة فيما يتعلق بعلم النفس والسياسة والاقتصاد والثقافة.. الخ، أو حتى في برامج التدريب على العلاقات الإنسانية وادارة المؤتمرات واللجان وغير ذلك. وينظر فريق ثالث إلى هذا المصطلح على أنه ميدان للدراسة في طبيعة الجماعات وفي قوانين نموها وفي ارتباطها بالأفراد وبالجماعات الأخرى وبالمجتمع.

ويعرف بونر Boomer علم ديناميات الجماعة بأنه ذلك الفرع من علم النفس الاجتماعي الذي يبحث في تكون وتغير بناء الجماعة ووظائفها بحيث تصبح ذاتية التوجيه. ويرى كل من كارترايت وزاندر Cartright & Zander أن علم ديناميات الجماعة فرع من فروع المعرفة أو هو تخصص في العلوم الاجتماعية يتصل بالسلوك الإنساني وبالعلاقات الإنسانية. ولكن يصعب أن نحدد ميدان ديناميات الجماعة تحديدا يجعله فرعا أو جزءا من أي علم من العلوم الاجتماعية المعروفة.

لقد بدأ اهتمام المفكرين بمعرفة طبيعة الجماعات وما يرتبط بها من قوى سيكولوجية واجتماعية منذ قرون. وما تركه الفلاسفة منذ أقدم العصور يشتمل على الكثير بما يتصل بطبيعة الجماعات والعلاقات بينها وبين الأفراد. وأحسن الطرق لتشكيل الحياة الجماعية. وفي الفترة ما بين القرن السادس عشر وحتى نهاية القرن التاسع عشر ظهرت كتابات كثيرة في أوروبا عن طبيعة الإنسان، وعن مكانه في المجتمع. وقد تضمن الكثير من هذه الكتابات أسس التفكير المعاصر فيما يتصل بالجماعات. إلا أن منهج الدراسة الذي يرتبط بديناميات الجماعة اليوم هو من نتاج القرن العشرين ويختلف بشكل جوهري عما سبقه من تفكير.وكان الطابع الغالب في كتابات الباحثين حتى مطلع القرن العشرين هو المعالجة النظرية الشاملة للجماعات معالجة مبنية على الخبرة الشخصية والسجلات التاريخية. ودون الشعور بالحاجة إلي البرهان التجريبي. وقد اشتهر عدد من الكتاب الذين بحثوا في تلك الأمور وقبل ظهور ديناميات الجماعة بشكله الحديث من أمثال كولي ودوركايم وفرويد وليبون ومكدوجل وروس وتارد وتونيز. الا انه منذ بداية العقد الثاني من القرن العشرين بدأت الثورة تشتد على هذا المنهج التأملي في البحث. وعلى التفكير المنطقي الذي لا يستند إلى إثبات عن واقع التجربة والقياس الثابت بصورة يمكن

معها إعادة التجربة والوصول إلى نفس النتائج. ولهذا فان علم ديناميات الجماعة استعان منذ بدايته بطرق البحث الامبريقية (التجريبية) أي بالاعتماد على الملاحظة الدقيقة والقياس الكمي والتجربة بالرغم من ان الباحثين قد اهتموا في بداية الأمر في بناء النظريات واستخلاص الفروض القابلة للاختبار من هذه النظريات والاحتفاظ بروابط قوية بين جمع البيانات وبناء النظريات.

(2 – 1) تعريف الجماعة:

تنوعت تعريفات الجماعة بتنوع خصائص الجماعة. فبينما حدد بعضهم الجماعة في ضوء واحد أو أكثر من الخصائص:

ففي ضوء مدركات ومعارف أعضاء الجماعة. يمكن تعريف الجماعة على أنها وحدة تتكون من عدد جمعي من الكائنات المنفصلة ممن تتوفر لديهم الادراك الجماعي بوحدتهم والقدرة على العمل او ممن يسلكون باسلوب موحد ازاء تعاملهم مع بيئتهم.

وفي ضوء الدافعية واشباع الحاجات تعرف الجماعة على انها عبارة عن جمع من الكائنات يقف فيها وجود الكل كشيء ضروري لاشباع حاجات فردية معينة لدى كل فرد منهم. ويعرف شو الجماعة بأنها مجموعة من الافراد يعتبر وجودها كجماعة مثيبا للافراد (شو، 1986).

وفي ضوء أهداف الجماعة تعرف الجماعة على أنها وحدات مكونة من شخصين أو أكثر يتصلون ببعضهم البعض من أجل غرض ما. كما أنهم يجدون في هذا الاتصال شيئا له معناه.

وفي ضوء تنظيم الجماعة تعرف الجماعة باعتبارها نسقا منظما من فردين أو أكثر يرتبط كل منهم بالآخر بحيث ينهض النسق بوظيفة ما. كما يتوفر لأعضائها مجموعة من علاقات الأدوار ومجموعة من المعايير التي تنظم وظيفة الجماعة ووظيفة كل عضو من أعضائها.

وفي ضوء اعتماد افراد الجماعة على بعضهم البعض عرف ليفين الجماعة بأنها مجموعة من الافراد يواجهون مصيرا مشتركا. أي أفراد يعتمدون اعتمادا متبادلا على بعضهم البعض. بمعنى أنه اذا ما أثرت حادثة على واحد من الأعضاء تبدى احتمال تأثيرها على الكل(Forsyth, 1999).

وفي ضوء التفاعل بين الأفراد تعرف الجماعة بأنها عدد من الاشخاص ممن يتصل أحدهم بالآخر في الغالب عبر مدى زمني. وممن يكونون بالقلة التي تتيح لكل شخص أن يتصل بالآخرين لا بطريقة غير مباشرة – من خلال الغير – ولكن عن طريق المواجهة.

وعرف زهران (1998) الجماعة بأنها: وحدة اجتماعية تتكون من مجموعة من الأفراد (اثنان فأكثر) بينهم تفاعل اجتماعي متبادل (يتميز في الجماعة الانسانية بوجود اللغة وهي أداة

الاتصال الرئيسية) وعلاقة صريحة (قد تكون جغرافية أو سلالية أو اقتصادية أو وحدة الأهداف أو وحدة العمل والشعور بالتبعية أو الشعور بالنوع أو الشعور بالانتماء ألى وحدة واحدة)، ويتحدد فيها للأفراد أدوارهم الاجتماعية ومكانتهم الاجتماعية. ولهذه الوحدة الاجتماعية مجموعة من المعايير والقيم الخاصة بها والتي تحدد سلوك أفرادها على الأقل في الأمور التي تخص الجماعة سعيا لتحقيق هدف مشترك وبصورة يكون فيها وجود الأفراد مشبعا لبعض حاجات كل منهم.

ويرى شو Shaw(1986) بأنه يمكن النظر الى الجماعة على أنها نسق مفتوح من التفاعل تحدد فيه الافعال بناء النسق. كما تمارس التفاعلات المتتابعة تأثيرات متساوية على هوية النسق. وعرف الجماعة بأنها تجمع يتكون من شخصين أو أكثر يوجد بينهما تفاعل بحيث يمكن أن يؤثر أي منهما أو يتأثر بالآخر.



(2 – 2) الاتجاهات النظرية في دراسة الجماعات:

تعددت الاتجاهات النظرية التي تتحدث عن الجماعة ودينامياتها. والتي تمثل بالضرورة محصلة لمدارس الفكر الاجتماعي بالعلوم الاجتماعية المتعددة.

وبالنظر لكثرة هذه المدارس والاتجاهات المختلفة للبحث في ديناميات الجماعة فقد أمكن حصر هذه الاتجاهات في أربع نظريات رئيسية تبحث في الأساس النظري لعلم ديناميات الجماعة وتتمثل في:

1) نظرية الشخصية العامة للجماعة Group Sntality Theory:

صيغت هذه النظرية على يد كاتل (20 March 1905 – 2 February 1998)وتكونت من جزئين يتصلان ببعضهما البعض (شو، 1986).

أ. أبعاد الجماعة:

يتعامل الجزء الأول مع أبعاد الجماعة: تتكون أبعاد الجماعة لدى كاتل من ثلاث فئات أو مجموعات تتسم فيما بينها بالاعتماد المتبادل على بعضها البعض. وسمات احد أعضاء الجماعة تتحدد الى درجة كبيرة من خلال الخبرات الثقافية التي مر بها هذا الفرد في فترة سابقة من حياته. وان انواع العلاقات المتبادلة التي تنمو داخل جماعة ما انما تتأثر هي الأخرى بناموس الثقافة. وهذه الفئات او المجموعات هي:

1. سمات الجمهور Population traits:

وهي مجرد خصال الأعضاء الفرادى الذين يكونون الجماعة. وهذه الخصال انما توجد مستقلة عن الجماعة وتصير اليها عندما يصبح الفرد عضوا فيها. وقد استخدم كاتل (115) متوسطات هذه الخصال عندما وصف أبعاد الجماعة في ضوء سمات الجمهور. ومن ثم تتكون مجموعة سمات الجمهور من متوسط ذكاء أعضاء الجماعة واتجاههم وشخصيتهم...... الخ.

2. سمات الشخصية العامة للجماعة Syntality traits:

تعرف الشخصية للجماعة على أنها شخصية للجماعة. أو بشكل اكثر دقة. هي اي تأثير للجماعة ككل. وهذا هو ما يجعل للجماعة كيانا متميزا. وبالتالي فان سمات الشخصية العامة للجماعة هي تلك التأثيرات الخاصة بالجماعة عندما تتصرف كجماعة. وقد تكون لمثل هذه التأثيرات صلة بجماعة أخرى أو بالبيئة التي توجد للجماعة فيها. وقد تشتمل على ضروب من السلوك كاتخاذ القرار والأفعال العدوانية وما شابه ذلك.

3. خصائص البناء الداخلي للجماعة Internal Structure:

يشير البناء الداخلي للجماعة الى العلاقات بين أعضاء الجماعة كما يصف الخصائص البنائية والأنماط التنظيمية داخل الجماعة. وتقف الأدوار والزمرات Cliques ومواضع المراكز Status positions وشبكات الاتصال Communication network وما شابه ذلك كأمثلة على خصائص البناء الداخلي.

ب. ديناميات الشخصية العامة للجماعة:

المفهوم الأساسي لدى كاتل في تحليل ديناميات الشخصية العامة للجماعة هو الطاقة العامة للجماعة. فكل فرد ينضم الى الجماعة بغرض اشباع حاجة أو حاجات سيكولوجية معينة. وهو على هذا انما يأتي الى الجماعة بدرجة من الطاقة يكرسها لأنشطتها. وتمثل الطاقة العامة للجماعة مجموع هذه الطاقات الفردية المتاحة للجماعة.

وتندرج أنشطة الجماعة عادة في نوعين هما: أنشطة موجهة حيال المحافظة على الجماعة: وأنشطة موجهة حيال تحقيق هدف للجماعة أو أهدافها. وهذا يشير الى ان نسبة كبيرة من الطاقة العامة للجماعة يجب استغلالها في اطار للعلاقات بين أفرادها. ففي اي جماعة يوجد قدر معين من الاحتكاك بين أعضائها يتأتى عن المجاهدة في سبيل وضع اجتماعي معين والسعي الى القوة وعدم الاتساق بين الاعضاء وما الى ذلك.

واقترح كاتل في تحليله لديناميات الطاقة العامة للجماعة سبع مبادئ تعد الى حد كبير بمثابة تحديدات لخصائص الطاقة العامة للجماعة:

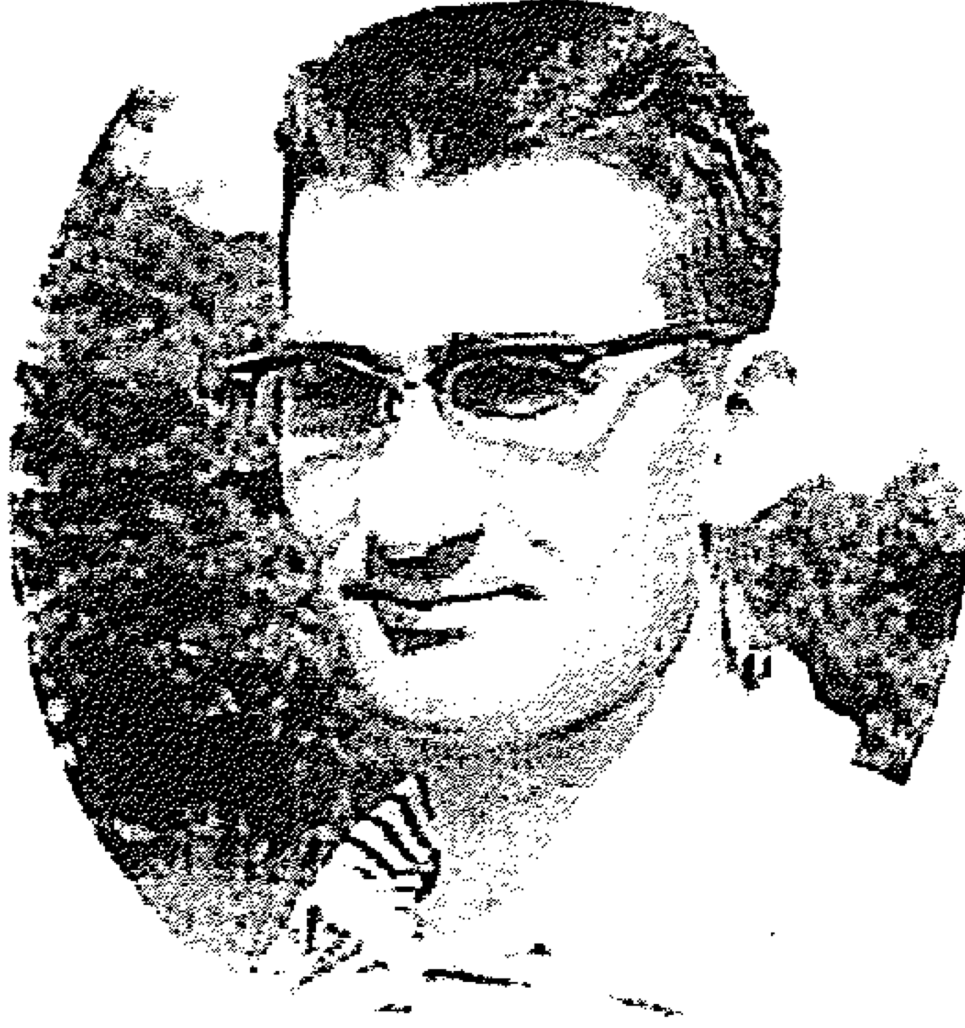
1. تتكون الجماعات من أجل اشباع حاجات فردية. وينتفي وجودها عندما لا تعد محققة لهذا الغرض.
2. الطاقة الكلية للجماعة هي محصلة قوى اتجاهات الأعضاء حيال الجماعة. (وعلى هذا، فان الطاقة العامة للجماعة انما تعتمد على عدد الاعضاء في الجماعة وعلى قوة الارضاءات التي يحصل عليها الفرد منها واتجاه هذه الارضاءات. وكذلك علاقة هذه الارضاءات بجماعات أخرى)
3. قد تتجه الطاقة الفعالة للجماعة نحو أهداف خارج الجماعة. ومن ثم فقد ترسي الجماعات انماطا من رد الفعل تعد معاونة في تحقيق هدف نهائي للجماعة. وعلى سبيل المثال. قد تكون امة جيشا كوسيلة لتحقيق هدف الأمن لها.
4. قد يستغل أعضاء الجماعة الفرادى الجماعات فيها ايضا في تحقيق أهداف خاصة. بمعنى أنه قد تكون أنشطة الجماعة موجهة نحو هدف شخصي نهائي. فعلى سبيل المثال. قد ينضم شخص ما الى جماعة من اجل العمل معها ويتسنى له أن يرى صديقته.
5. يتعلم الافراد في الجماعات أنماطا سلوكية كالولاء والمعاونة والتبعية كما اشار اليه ثورندايك في قانون الاثر Low of effect.
6. قد تتداخل ضروب العضوية المختلفة في جماعات. ولكن تبقى الطاقة الكلية في هذه الجماعات المتداخلة ثابتة طالما بقيت الطاقة الفردية الموجهة نحو أهداف مغايرة لأهداف الجماعة ثابتة. وطالما لا تتباين الأنشطة الجماعية الخاصة بالاقتراب من الهدف.
7. هناك شبه تطابق بين سمات شخصية أعضاء الجماعة والسمات العامة للجماعة. وعلى سبي المثال. يتطابق ميل الافراد للتصلب مع الاتجاه نحو المحافظة من جانب الجماعة كما يتطابق الذكاء الشخصي مع تكامل الجماعة بصفة عامة.... الخ.

2) النظرية التبادلية Exchange Theory:



طرح كل من ثيبوت وكيلي Thibaut & Kelley النظرية التبادلية بهدف تفسير السلوك التفاعلي بين الافراد. وتفسير عمليات الجماعة. نظرا الى منحاهما على أنه منحى وظيفي في المقام الأول. وكان تركيزهما على ما هو مفيد أو فعال من منظور الجماعة.

تفترض النظرية أن وجود الجماعة انما ينبني فقط على مشاركة أفراد الجماعة وارضائهم. وعلى هذا ينبغي أن يكون تحليل عمليات الجماعة في ضوء ضروب التوافق التي يقوم بها الافراد في محاولاتهم حل مشكلات الاعتماد المتبادل فيما بينهم.



Harold H. Kelley:December 4, 1926 - October 26, 2009

وحلل ثيبوت وكيلي نظريتهما التبادلية من خلال تحليلهما للتفاعل:

أ. **تعريفات المفاهيم الأساسية المستخدمة في النظرية:**

حدد ثيوت وكيلي المفاهيم الأساسية للنظرية التبادلية بكل من:

- **علاقة الأفراد ببعضهم البعض Interpersonal relationship**: نظرا لأن التفاعل والعلاقة بين الأفراد يعتمدان على بعضهما البعض فسوف يعرفان معا. والخاصة الأساسية للتفاعل هي العلاقة بين الأفراد. فيقال عن شخصين أنهما قاما بتكوين علاقة ما فيما بينهما عندما يتفاعلان في مواقف عديدة.
- **التفاعل والمتتالية السلوكية Behavior sequence**: وقد اختيرت كوحدة لتحليل السلوك. فيقال ان كل متتالية سلوكية انما تتكون من عدد من الأفعال الحركية واللفظية المنظمة بشكل متتال. والموجهة الى أحد الأهداف المباشرة. ويستطيع كل فرد أن يقوم بعدد هائل ومتنوع من المتتاليات السلوكية.
- **الذخيرة السلوكيةBehavior reperatolre**: استخدم ثيبوت وكيلي مصطلح الذخيرة السلوكية ليشيرا به الى كل المتتاليات السلوكية المكنة التي قد يصدرها شخص بعينة خلال تفاعله مع شخص آخر. بالاضافة الى التركيبات المكنة من المتتاليات السلوكية.

ب. **النظر في النتائج المترتبة على التفاعل:**

التفاعل أمر انتقائي سواء فيما يتعلق بمن يتفاعل مع من. أو فيما يتصل بما يتم اصداره من متتاليات سلوكية. وان أي شخص لا يتفاعل مع كل شخص آخر يمكنه ان يتفاعل معه. كما أنه لا يصدر كل المتتاليات السلوكية يمكن لمعظم الاشخاص التفاعل معه. وعلى سبيل المثال فانه ينظر الى النتائج المترتبة على التفاعل (النواتج) في ضوء الاثابات Rewards

والتكاليف Costs. وعندما يتفاعل شخصان عادة ما يستمتع كل منهما بجزء ما من التفاعل. ولكنه يجد أجزاء أخرى منه أقل تفاعلا أو أقل متعة أو حتى غير سارة.

ج. تحليل تقويمات الأعضاء للعلاقات القائمة بين بعضهم البعض:

يستند تقويم ثيبوت وكيلي لنواتج التفاعل عن طريق المقارنة على اساس معيارين داخليين أسمياها

1. مستوى المقارنة:

وهو المعيار الذي يقوم الفرد في ضوئه جاذبية علاقة تفاعلية معينة. أو الحد الذي تبدو به هذه العلاقة مرضية. وهو معيار ذاتي ينشأ كنتيجة مترتبة على العلاقات التفاعلية التي عايشها الفرد خلال مجرى حياته.

2. مستوى مقارنة البدائل:

هو ذلك المستوى الذي يستخدمه الفرد ليقرر في ضوئه ما اذا كان سيستمر في علاقة معينة أو ينتهي منها. ويمثل هذا المستوى أدنى ما يمكن للفرد أن يقبله من نتيجة في ضوء علاقات أخرى بديلة له. فقد يختار الفرد على المستوى النظري – ان ينخرط في علاقة غير جذابة (دون مستوى مقارنته) أو يبقى عليها اذا ما كانت هذه أكثر العلاقات المتاحة له جاذبية في حينها.

3) نظرية المجال:



ارتبط اسمها بكورت ليفين (189. - 1947) الذي يعتبر أحد الأوائل من بين علماء النفس الجشطالت وعمل مع كوهلر وكوفكا وفرتايمر فترات طويلة في برلين لكنه اختلف عنهم من حيث أنه كان يهتم بالدافعية والشخصية وعلم النفس الاجتماعي أكثر من اهتمامه بالمشكلات الفنية المتعلقة بالادراك والتعلم والتفكير.ويرى بان السلوك انما هو حصيلة عوامل المجال الحيوي أو المجال الاجتماعي المتوقعة بعضها على بعض والتي تستدعي وجود بعضها البعض. وتمثل الخصائص التركيبية للمجال الحيوي هذا مفاهيم النظرية الفيزيولوجية ونظرية الجهاز المنظم. أما الخصائص الدينامية فتمثلها القوى السيكولوجية والاجتماعية.

تعتبر نظرية ليفين امتدادا لنظرية الجشطالت في التعلم. فليس هناك فرق بين فكرة ليفين في المجال عن فكرة الجشطالت. والمجال لكل منهما هو الحيز المحيط بالذات (من حيث أنها مصدر

السلوك) الذي تظهر فيه آثار قوى هذه الذات من حيث أنها تحتك ببيئة خارجية تؤثر فيها وتتأثر بها.

وضع ليفين عددا من الفروض التي قامت عليها نظريته اشتملت على الآتي:

- جميع الحوادث والمعارف... الخ. في هذا الكون تحدث دائما في مجال معين
- كل مجال له خصائص وتركيب خاص تفسر الحوادث المحلية في نطاقه
- خصائص أي عنصر من عناصر مجال معين ترجع إلى قوى المجال المختلفة المؤثرة عليها
- الحاضر أهم في الواقع من الماضي والمستقبل حيث أن تجارب الماضي وخبراته تؤثر في الموقف الحاضر على صورة تذكر. والتذكر والاسترجاع بدوره يتأثر بحالة الفرد الحالية وقت التذكر.
- المجال الحيوي للفرد نتيجة تفاعل قوى ناتجة من طبيعة تركيب الموقف نفسه وتنظيم ما به من علاقات ثم القوى الدافعة عند الفرد التي تتمثل في حاجاته وميوله واتجاهاته وقيمه

تحدث ليفين عن التعلم باعتباره عملية ديناميكية تحدث خلال عملية التفاعل المستمر بين المتعلم والموقف التعليمي بما فيه من مؤثرات مختلفة. وأن التعريف الجيد للتعلم يجب أن يتناول دراسة التغير في كل مظهر من المظاهر السلوكية على حدة معارضا وضع تعريف واحد للتعلم باعتبار ان تعريفا واحدا للتعلم لا يمكن الوصول به إلى تفسير عام لظاهرة التعلم ويرى أن التعلم يحدث بالنسبة لكل مظهر من المظاهر السلوكية المختلفة والتي يقسمها ليفين على النحو التالي:

أ. التعلم كتغير في التنظيم المعرفي (اكتساب المعارف والمعلومات):

حيث يسير التعلم من الكليات المبهمة إلى الوحدات المميزة أي من العلم المبهم إلى الخاص المفصل (**مبدأ التمايز**). ويشمل إدراك العلاقات بين عناصر الموقف المختلفة. ويتم ذلك عن طريق فرض الفروض المختلفة وتحقيقها حتى يصل الفرد إلي الحل المطلوب (**مبدأ التكامل**). وأن قوانين تنظيم المجال الادراكي مسئولة عن عملية التغير في التنظيم المعرفي (**مبدأ تنظيم المجال الادراكي**). وتلعب حاجات الفرد وقيمه وآماله وطموحه دورا هاما في حل المشكلات التي تواجهه (**مبدأ الدافعية**)

ب. التعلم كتغير في الدافعية: (تغير في التنظيم الانفعالي):

فعندما توجد حالة من التوازن بين الفرد وقوى المجال الخارجي يتصف مجال هذا الفرد بالسكون وعدم الحركة. ولكن إذا شعر الفرد بحاجة فيزيولوجية أو نفسية فانه يفقد هذا التوازن

وينتج عن ذلك حالة من التوتر تدفع بالفرد إلى إجراء أساليب معينة من السلوك لإزالة حالة التوتر (**مبدأ عدم التوازن**). والثواب من وجهة نظر ليفين يمكن أن يؤدي الى تغيير فعلي في الميل أي أن النشاط غير المفضل يصبح بعد ذلك نشاطا مفضلا، أما العقاب المتكرر فقد ينتج عنه أن النشاط المطلوب يصبح أكثر بغضا ونفورا. ويتضمن موقف الثواب والعقاب صراعا من نوع الإقدام أو من نوع الإحجام. ففي المواقف المثابة نجد المتعلم يعاني من ممارسة العمل ولكنه لا يدركه بسبب جاذبية المكافأة المترتبة عليه والحواجز التي تحول دون الوصول إلى تلك المكافأة بدون عناء. فيستمر في التعلم تحت صراع الإقدام. وقد يلجأ إلى التحايل للوصول إلى المكافأة كالغش في الامتحانات. أما في المواقف المعاقبة فان المتعلم يميل إلى ترك العمل الذي يمارسه تحت التهديد غير إن حواجز معينة تحول دون ذلك فيستمر في العمل تحت صراع الإحجام (**مبدأ الثواب والعقاب**).كمايمكن أن نغير من مظاهر الدافعية عن طريق تغير الحاجات والميول التي توجد لدى الفرد ويتطلب هذا تغيير أهداف الفرد بحيث أن تكوه الأهداف الجديدة من نوع الأهداف القديمة حتى نضمن الاستمرار في نفس الاتجاه (مبدأ الإحلال في الأهداف)

ج. التعلم كتغير في الأيديولوجية والقيم (عملية اكتساب مميزات الجماعة ومثلهم ومبادئهم):

ان عملية تكوين الميول والاتجاهات عملية انتقائية لأنها تعتمد على إدراك الفرد للوسط الذي ي عيش فيه وعلى ما كونه من خبرة. وأثر ذلك على حياته ورغباته وانفعالاته بمعنى أن أيديولوجية الفرد وقيمه لا تنمو إلا في حدود مجال حاجاته الهامة (**مبدأ الإدراك الانتقائي**).وتتوقف نوع الاتجاهات والميول على نوع الحقائق التي تدخل في تنظيمها وعلى مدى نصيبها من الدقة والصحة (**مبدأ الخبرة المعرفية**).وقد يكون الباعث للنشاط عند الفرد قوى ناتجة من وجود سلطة خارجية. فيعمل الفرد اما مرغما واما بدون دوافع داخلية تزيد من قيمة النشاط عند الفرد (**مبدأ التغير القسري**).ويتقبل الفرد تغيير قيمه واتجاهاته وميوله نتيجة لرغبة داخلية وإيمان حقيقي بهذا التغير (**مبدأ التغير الذاتي**).

د. التعلم كتغير في ضبط الحركات الإرادية: (أي تعلم المهارات الحركية):

ان تعلم المهارات الحركية يعتمد على تنظيم القوى المختلفة التي تؤدي الى التعلم حيث تعمل كل العضلات والحركات المتنوعة في كل موحد وفي توافق وتعاون تام. بحيث يعجز أي جزء وحده من هذا الكل أنت يكون التنظيم الجيد المتوقع (تعلم السباحة - تعلم الكتابة على الآلة الكاتبة - تعلم قيادة السيارة) (مبدأ التنظيم العضلي).

4) **نظرية التوجه للعلاقات الأساسية بين الأشخاص:**



صاغ شتز Will Schutz هذه النظرية عام 1955 ثم قام بتوسيعها وتعديلها. في محاولة لتفسير سلوك العلاقات بين الاشخاص في ضوء التوجهات محو الآخرين. وترى بأن كل شخص يوجه ذاته نحو الآخرين من خلال انماط معينة متميزة تعد بمثابة محددات رئيسية لسلوك العلاقات بين الأشخاص. وفسر تلك الخاصة المعينة التي يمثلها الفرد في ضوء ثلاث حاجات تحكم العلاقات بين الافراد وهي:

1. **التضمين Inclusion**: ويشير الى الحاجة المعينة أي الحاجة الى الارتباط بالآخرين. وتفصح هذه الحاجة عن ذاتها من خلال ضروب السلوك التي تهدف الى جذب انتباه الآخرين واهتمامهم.
2. **التحكم Control**: ويشير الى عملية اتخاذ القرار بين الأشخاص. وتتباين الحاجة الى التحكم ما بين الرغبة في السيطرة على الآخرين (ممارسة القوة والسلطة عليهم) الى الرغبة في الضوع لهم.
3. **الوجدان Affection**: ويشير الى المشاعر والانفعالات الشخصية القوية بين فردين. ويتمثل الوجدان في درجتين متطرفتين هما الحب والكراهية. فالشخص ذو الحاجة الوجدانية يكون ودودا ومتخذا لخطوات ايجابية تجاه الآخرين. كما يحاول عادة أن يقيم روابط وجدانية قوية معهم. وعلى الطرف الآخر فان الشخص ذا الحاجة الوجدانية الضعيفة انما يتحاشى العلاقات القوية بينه وبين الآخرين وعندما يتفاعل شخصان أو اكثر فعادة ما يؤدي واحد منهم في كل مجال من مجالات الحاجة نمط السلوك المتميز الذي نماه في طفولته. وقد تكون انماط التفاعل بين اي شخصين متآلفة أو غير متآلفة. فاذا كانت متآلفة فمن المحتمل أن يكون التفاعل في هذه الحال يسيرا ومثمرا. أما اذا كانت أنماط التفاعل غير متآلفة فمن المحتمل أن يكون التفاعل عسيرا وعقيما.

قدم شتاينر نظرية انتاجية الجماعة وهي تقضي باعتماد انتاجية الجماعة على ثلاث فئات من المتغيرات هي:

1. متطلبات المهمة Task demands: وهي تماثل خطط البناء. فعادة لا تشتمل مثل هذه الخطط على اوصاف المنزل فحسب ولكنها تحدد ايضا انواع المواد المراد استخدامها في البناء والنظام الذي تنتظم به العناصر المختلفة لتتم به هذه العملية. بل وربما انواع الادوات ايضا التي تحتاجها وما الى ذلك من جوانب أخرى. وكذلك، فان لمهمة الجماعة بعض المتطلبات الممكن تحديدها ووصفها.

2. الموارد Resources: وتشتمل الموارد على كل القدرات ذات الصلة المباشرة بالمهمة وعلى المعارف والمهارات والادوات التي في حوزة أعضاء الجماعة. اي ان موارد الجماعة تشتمل على كل المعلومات ذات الصلة المباشرة بالمهمة والمهارة والقدرة أو أي مورد آخر يملكه أحد أعضاء الجماعة ويملكه أعضاء آخرون

3. العملية Process.

ثالثاً: الارشاد الجمعي:



يقوم الارشاد الجمعي على فلسفة ان الانسان كائن اجتماعي لا يستطيع ان يعيش بمفرده او بمعزل عن الاخرين. ولديه حاجات نفسية واجتماعية ولديه مشكلات. وهناك تعريفات عديدة للارشاد النفسي الجمعي.

فمن الباحثين من يعرف الارشاد النفسي الجمعي بأنه: **علاقة شخصية مهنية يقودها مرشد متخصص، وتقوم على عملية ديناميكية، تهدف الى تحقيق اهداف ارشادية محددة من خلال التفاعل بين اعضاء جماعة تواجه صعوبات او مشكلات مختلفة.**

ويعرفه جازاد ورفاقه (Gazad, et al.; 2008) على انه عملية تفاعل ديناميكية متبادلة تقوم على المشاركة اللفظية للمشاعر والاحاسيس والافكار. وذات أهداف مشتركة توجه نحو تغيير سلوك الافراد واتجاهاتهم. وتحقيق مفهوم ذات ايجابي لهم.

ويشير ثومبسون وآخرون (Thompson, et al.; 2004) الى الارشاد النفسي الجمعي على انها عملية تفاعل متبادلة تجمع شخصين او اكثر وجها لوجه من اجل تحقيق أهداف

مشتركة. وأن الجماعة الارشادية عبارة عن مجموعة من المسترشدين يجتمعون في احد الأماكن المخصصة لعملية الارشاد بتنسيق مع المرشد النفسي بحيث تتم عملية الارشاد مع المجموعة كوحدة. مع الأخذ بعين الاعتبار معرفة جميع افراد الجماعة لأسلوب العمل الارشادي الجمعي وهدافه ومسؤولياتهم نحوه.

وعرف نيلسون جونز (Nelson – Jones, 2006) الارشاد الجمعي على انه مجموعة نشطة من العلاقات والمهارات المتداخلة بين مجموعة من الناس يعملون على تبادل مهارات الحياة فيما بينهم.

وعرف واليس ولويس (Wallace & Lewis, 1990) الارشاد الجمعي بأنه عملية تضم مجموعة من الناس يجتمعون بشكل منتظم وهم يرون انفسهم من وجهة نظرهم الخاصة، ووجهة نظر الآخرين بأنهم من الناحية النفسية يعتمدون على بعضهم البعض ويتفاعلون من اجل تحقيق اهداف مشتركة.

ووصف روجرز الارشاد النفسي الجمعي بأنه مكان يأتي اليه الناس لمعرفة أنفسهم بشكل افضل مما هو متوفر لهم في الحياة العادية.

(3 – 1) خصائص الارشاد الجمعي:

وفي ضوء التعريفات السابقة فان الارشاد النفسي الجمعي يتضمن عددا من الخصائص التي تميزه عن غيره من طرق الارشاد. هي أن الارشاد النفسي الجمعي عملية ديناميكية Dynamics. و اجتماعية Socializing تفاعلية وتبادلية. وكل عملية ارشاد جماعي تتكون من مجموعة من الافراد لا يقل عددهم عن ثلاثة بالاضافة الى المرشد النفسي. يعانون جميعا من مشكلات او صعوبات متشابهة او متباينة ويفتقرون الى معلومات ومهارات اجتماعية او نفسية او سلوكية لمواجهة ما يعانون منه. ولا توجد مجموعة ارشادية تسير بدون قائد (مرشد) يشترك معها في التوجيه ويمدها بالخبرة والمعلومات التي تحتاجها. (الرشيدي و السهل، 2000):

(3 – 2) الأسس النفسية والاجتماعية للإرشاد الجمعي:

يقوم الإرشاد الجمعي على عدد من الأمور. فكثير من الناس متشابهون في العديد من الخصائص الشخصية وفي عدد من المشكلات والحاجات، والإنسان كائن اجتماعي بطبعه. وهو غير قادر على العيش بمفرده. بل هو في حاجة الى جماعة يعيش معها يؤثر فيها ويتأثر بها. وله حاجاته النفسية والاجتماعية. التي لا يمكن إشباعها الا من خلال الجماعة كالحاجة إلى الحب والأمن والانتماء والتقدير الاجتماعي. وتمثل العزلة الاجتماعية سببا هاما في حدوث المشكلات

والاضطرابات النفسية للفرد. فسلوك الفرد محكوم بقيم ومعايير وعادات وتقاليد المجتمع السائدة.

(3 – 3) مجالات استخدام الإرشاد الجمعي:

يستخدم الإرشاد الجمعي مع كل منالأطفال والمراهقين والراشدين. ومع المدمنين والمعوقين وغيرهم. ويستخدم في اللعب على نطاق واسع مع الأطفال. ومع الإباء والأمهات الذين يتبعون أساليب التربية الخاطئة في تنشئة أولادهم. من خلال إلقاء المحاضرات والمناقشات حول كيفية التعامل مع أبنائهم والمشكلات التي يعانون منها. كما يستخدم مع كبار السن. خاصة ممن تظهر لديهم مشكلات اجتماعية كإحالة البعض منهم على التقاعد والشعور بالعزلة والوحدة.

وفي علاج الإمراض السيكوسوماتية والعصابية وحالات الفصام. ومع الأفراد الذين يعانون من مخاوف اجتماعية او الذين يفتقرون الى الثقة بالنفس. ويستخدم مع الجناح في علاج حالات سوء التوافق المدرسي وسوء التوافق الأسري. وبعض العادات السيئة كالتدخين والإدمان.ويستخدم كذلك في علاج الكثير من المشكلات النفسية كالانطواء والاكتئاب واللاتوكيدية. والوحدة النفسية. ويعتبر من الأساليب الناجحة في إرشاد المراهقين الذين يلجؤون إلى الشغب وممارسة العدوان في المدارس.

(3 – 4) الارشادالفردي والارشاد الجمعي:

هناك اوجه اختلاف عديدة بين كل من الارشاد الفردي والارشاد الجمعي بينها زهران (2005) فيما يلي:

الارشاد الفردي	الارشاد الجمعي
▪ الجلسة الارشادية عادة اقصر (حوالي 45 دقيقة)	▪ الجلسة الارشادية عادة اطول (حوالي ساعة ونصف)
▪ يتركز الاهتمام على الفرد	▪ يتركز الاهتمام على كل اعضاء الجماعة
▪ يتركز الاهتمام على المشكلات الخاصة	▪ التركيز على المشكلات العامة
▪ اكثر فعالية في حالة المشكلات الخاصة	▪ اكثر فعالية في حالة المشكلات العامة والمشتركة
▪ يبدو اصطناعيا اكثر	▪ يبدو طبيعيا اكثر

الارشاد الجمعي	الارشاد الفردي
▪ يتيح فرصة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ويستغل القوى الارشادية في الجماعة وتأثيرها على الفرد	▪ يتيح فرصة الخصوصية والعلاقة الارشادية الأقوى بين المرشد والعميل.
▪ يتيح وجود الجماعة تجريب الافراد للسلوك الاجتماعي المتعلم من خلال عملية الارشاد "كبروفة"	▪ ينقصه وجود المناخ الاجتماعي.
▪ دور المرشد أصعب واكثر عقيدا	▪ دور المرشد اسهل واقل تعقيدا
▪ يأخذ فيه العميل ويعطي في نفس الوقت، ويتقبل الحلول الجمعية باعتبارها صادرة منه ومن رفاقه.	▪ يأخذ فيه العميل اكثر مما يعطي وأحيانا ينظر الى ما يأخذه من المرشد على انه مأخوذ من سلطة.

(3 – 5) اهمية الإرشاد الجمعي:

يقدم الإرشاد الجمعي خدمات إرشادية في جميع مجالات الحياة الصحية والنفسية والتربوية والاجتماعية وغيرها. وهو في أهميته وأهدافه يتفق والإرشاد النفسي الفردي في تقديم المساعدة للفرد كما للجماعة من اجل تحقيق الهدف الإرشادي الذي جاءت من اجله الجماعة. وقد اشارت العديد من الدراسات (Thompson, et al.; 2004)إلى أهمية الإرشاد الجمعي في الأمور الرئيسية التالية:

1. **تفاعل الأفراد في الارشاد الجمعي:** ونعني به التفاعل بين أعضاء المجموعة الإرشادية بهدف تحقيق المشاركة والاندماج والتوحد في النشاط الاجتماعي. ويشترك اعضاء المجموعة الارشادية في استعراض الأحداث الحياتية لكل منهم. واظهار التفاعل.
2. **الفاعلية:** بحيث يتمكن المرشد النفسي من تلبية حاجات العملاء في المجموعة الإرشادية الواحدة. وإيصال الخدمات لكل واحد منهم. وفي وقت قياسي نسبيا.
3. **موقف المجموعة:** فالمواقف التي تجمع افراد المجموعة الارشادية تساعد الافراد على تطوير نوع من العلاقة الارشادية فيما بينهم. وتلعب دورا هاما في تطوير شخصياتهم من خلال ما يسمى بكشف الذات Self – Disclosure وأن هذه العلاقة تساعد على مناقشة مشكلات الاعضاء بحرية اكبر. وتحقيق نوع من الاعتمادية المتبادلة بينهم.
4. **النمو الشخصي:** يحقق الارشاد الجمعي النمو الشخصي بين افرادها. كما يجد هؤلاء الافراد الظروف الاجتماعية والبيئية التي تسمح لهم استغلال الطاقات التي يمتلكونها مثل الطاقة الجسمية والنفسية والعقلية بشكل طبيعي لحل مشكلاتهم.

5. **تحسين دافعية المسترشد**: ومن خلال مشاركة الفرد في المجموعة الارشادية يجد تشجيعا لكشف المزيد من مشاعره وافكاره السلبية أو غير المرغوبة التي لم يستطع كشفها في حياته العامة. بالرغم من ان كشف هذه الخبرات يشكل مرحلة مهمة لمواجهة ما يحملونه من مشاعر وافكار سلبية بطريقة اكثر واقعية.

6. **الخبرة العمومية**: ان وجود الفرد في جماعة يحقق له اكتشاف خبرات الآخرين وأنهم ليسوا أقل منه خبرة ودراية مما يساعد في تحقيق المساندة الانفعالية والحد من مشاعر الألم لديه.

7. **ابتكار وجهات نظر جديدة**: ويمكن للمرشد النفسي تقديم وجهات نظره ووجهات نظر الآخرين وطرح البدائل في القضايا التي يطرحها داخل المجموعة الارشادية. من خلال استخدامه استخدامه استراتيجيات معينة كالعصف الذهني Storm brain مثلا. مما يحقق لأعضاء المجموعة الارشادية مزيدا من الخبرات الهامة التي يفيدون منها في حل مشكلاتهم.

8. **الانتماء**: تحدث علماء النفس كثيرا حول حاجة الشخص الى الانتماء التي يمكن ان تتحقق له من خلال انضمامه للجماعة. والتي تعتبر اكثر ميزات المجموعة الارشادية أهمية بالنسبة لهم.

9. **التدرب على المهارات**: تحقق الجماعة الإرشادية للفرد فرصة التدرب على مهارات وسلوكيات يتم تطبيقها لاحقا في مواقف الحياة الحقيقة. كالتدرب على إجراء المقابلات. ومواجهة المسؤولين، والآخرين، والتحدث معهم. الى غير ذلك من السلوكيات التي ربما لم يكن الشخص قد تدرب عليها من قبل.

10. **التعلم البديل**: وفي الجماعة الإرشادية يتوفر لدى الشخص فرصة سماع هموم ومشاكل الآخرين والإصغاء إليهم التي قد تتشابه مع همومه ومشكلاته. مما يجعله أكثر وعيا لمشكلاته ويحد من مخاوفه ويزداد تبصره بأحوالهم وحاله والبحوث عن حلول مشتركة لمشكلاتهم.

11. **التغذية المرتدة**: ويتلقى أعضاء المجموعة الإرشادية التغذية المرتدة القادمة من شخص واحد ومعرفة وسماع ما يقوله الآخرون عنه. بحيث يسمح لهم إظهار مشاعرهم وأفكارهم نحو بعضهم البعض. ويعمل الارشاد الجمعي في مساعدة الاعضاء الحصول على المعلومات عن انفسهم، واكتساب المهارات الاجتماعية الخاصة بالتعامل مع الآخرين

12. **تقريب الحياة الواقعية**: تمثل المجموعة الإرشادية صورة مصغرة لمجتمع كبير بحيث يصبح موقف الجماعة بديلا مؤقتا للمجتمع او للعائلة او لمكان العمل. او للمؤسسات او المدارس. ومن خلال ما يسود الجماعة من مناخ موات. يمكن معه تحديد ومناقشة الانفعالات والاتجاهات والسلوك الإنساني. ومواجهة الخوف والغضب والشك والقلق والغيرة. وتتحقق بالتالي الأهداف التي جاء الأفراد إلى المجموعة الإرشادية.

13. **الالتزام/ التعهد:** الالتزام بالعمل والتعهد بتنفيذه إمام أعضاء الجماعة الإرشادية يكون اقوى بكثير مما لو كان هذا الالتزام قد جرى بشكل منفرد. بحيث يلقى التعهد والالتزام إمام الجماعة مساندة الآخرين وتوقعاتهم منه والرغبة في عدم التخلي عن المجموعة الإرشادية.

(3 – 6) اهداف الإرشادالجمعي:

ان الهدف النهائي للعمل الارشادي هو في مساعدة الفرد في حل مشكلاته. وينطبق هذا القول على الارشاد الجمعي أيضا باعتباره يسعى لمساعدة كل عضو في الجماعة في حل مشكلاته. من خلال اكتشاف اعضاء الجماعة للعوامل التي تؤثر في نموهم. وتكوين علاقات حميمة. تساعد في تقديم المساندة لبعضهم البعض اثناء التعامل مع مشكلاتهم والتوصل الى حل لها. وقد صاغ كوري (Corey, 1982) عددا من الاهداف التي يسعى الارشاد الجمعي الى تحقيقها في العملية الارشادية:

- تعلم كيفية الثقة بالنفس وبالآخرين.
- زيادة معرفة الذات.
- معرفة الحاجات والمشكلات المشتركة لدى اعضاء الجماعة.
- زيادة تقبل الذات، والثقة بالذات، واحترام الذام مما يساعد في التوصل الى رؤية جديدة لها.
- ايجاد طرق بديلة للتعامل مع تطور المشكلات العادية. وحل بعض الصراعات.
- يصبح الفرد اكثر ادراكا بالاختبارات مما يساعد في عمل اختبارات سديدة.
- وضع خطط خاصة لتغيير بعض السلوكيات. ومتابعة تلك الخطط.
- تعلم مهارات اجتماعية جديدة.
- يصبح الفرد اكثر حساسية نحو حاجات الآخرين ومشاعرهم.
- تعلم كيفية مواجهة الآخرين باهتمام وصدق وصراحة.
- الابتعاد عن مجرد تحقيق توقعات الآخرين وتعلم التعايش مع توقعات الفرد نفسه.
- استكشاف الفرد لقيمه. ومحاولة تعديلها اذا لزم الامر.

رابعاً: المجموعة الارشادية:

تعرف المجموعة الارشادية بأنها الديناميات الداخلية التي تصقل شخصية الفرد وتركز على وعيه وتفكيره وتصرفاته. وتحتوي على نظرية علاجية تساعد على تقديم مفهوم لواقعه وخلق الثقة والتفهم والقبول والدعم النفسي والمادي له.

والفرد في المجموعة الارشادية عضو فاعل في الجماعة يشارك الاخرين في التفاعلات الجماعية ويتصل بهم وينتمي لأعضاء الجماعة ويناضل من اجل تحقيق أهداف الجماعة محاطا بالسرية لمشكلات الجماعة وأهدافها.

(4 – 1) شروط المجموعة الارشادية:

وضع الباحثون شروطا محددة لكل من يعمل في الارشاد الجمعي. حتى يكون لديهم قدرة أكبر في انجاز اهدافهم التي جاؤوا من اجل تحقيقها بيسر ووضوح:

1) فرصة المشاركة:

على اعضاء المجموعة الارشادية ان تكون لديهم فرصة المبادرة والمشاركة في الانشطة التي ينفذها اعضاء المجموعة الارشادية وكذلك فرصة اتخاذ القرار. وعلى المرشد تشجيع اعضاء المجموعة على تطوير قدراتهم في تفاعلهم مع المجموعة. فذلك يمثل شرطا اساسيا من اجل النمو والشعور بأن مصدر التهديد لهم قد زال.

2) حرية التواصل:

ومن الضروري اتاحة الفرصة لأفراد المجموعة الارشادية حرية التواصل. والسماح لهم بالاتصال ببعضهم البعض من اجل المساعدة في تحقيق نوع من التفاعل الايجابي بينهم. وتطوير فهم متبادل بين الاعضاء. وتمكينهم من التعبير عن مشاعرهم وافكارهم الحقيقية واذا كانت هناك حواجز تعيق اعضاء المجموعة من حرية التواصل فيما بينهم. فان ذلك يمنع حل الصراعات البيشخصية. وتنمو لديهم اتجاهات عدائية.

3) الاهتمام المشترك:

ان من اكثر عوامل نجاح المجموعة الارشادية هي في وجود اهتمامات مشتركة بين اعضاء المجموعة وشعور كل شخص في المجموعة بأن ما يصدر عن اي واحد منهم من افكار واتجاهات ومشاعر، انما يرتبط بمشاعره وافكاره او مشكلته. وعندما يكتشف اعضاء المجموعة وجود اهتمام مشترك بينهم سوف يعطون اهتماما اكثر لموقف المجموعة. ويأخذون الموقف بجدية اكبر. وسوف يعملون على تطوير العلاقة فيما بينهم بشكل افضل.

4) بيئة مساعدة:

ويجد اعضاء المجموعة بيئة آمنة ليس فيها تهديد. ويشعرون فيها بأنهم مقبولون كما هم بغض النظر عن طبيعة مشاعرهم او سلوكياتهم. بيئة يجد فيها كل عضو اشخاصا آخرين يشاركونه مشاعره ومشكلاته، وداعمة له نفسيا واجتماعيا. وموفرة له ظروفا مناسبة كي يقول ما يريد قوله. ويعبر عما يريد ان يعبر عنه دون خوف من عقاب او لوم من أحد.

(4 – 2) انواع المجموعات الإرشادية:

تشتمل المجموعات الارشادية على أنواع متعددة:

1) المجموعة الارشادية والمجموعة العلاجية:

Group counseling and group psychotherapy:

تهتم المجموعة الارشادية بالجانب الوقائي اكثر من اهتمامها بالجانب العلاجي الذي تهتم به المجموعة العلاجية بشكل فاعل. وهذا الاهتمام لكل من من المجموعتين الارشادية والعلاجية ناجمة من طبيعة المشكلات لدى اعضاء كل مجموعة من المجموعتين. فالمجموعة الارشادية تتشكل من افراد اسوياء، لكنهم يحتاجون للمساعدة التربوية او المهنية او الشخصية. بينما تتشكل المجموعة العلاجية من افراد يعانون من اضطرابات تتعلق بجوانب الشخصية لديهم.

2) مجموعة التدريب Training groupومجموعة الحساسية Sensitivity group:

ادت مساهمة كورت ليفين Kurt Lewin في علم النفس الى ظهور مجموعات التدريب والحساسية. حيث تكون مهمة المشاركين في هذه المجموعات بناء التغذية المرتدة لديهم. والتعلم مما يجري داخل المجموعة. فالاعضاء يحضرون ويحللون موضوعاتها ويتعلمونها. ويتدربوا عمليا على فهم ديناميات المجموعة من خلال قيادة ديمقراطية فاعلة.

3) مجموعة المواجهة والنمو Encounter and growth group:

تهتم هذه المجموعة بأنماط معينة من السلوك مثل الانفتاح والاستقامة والتحرر من الكبت والمشاركة واظهار سلوكيات جديدة. وتهدف الى مساعدة اعضاء المجموعة على الارتباط بفعالية اكبر بالآخرين. وتمر مجموعات المواجهة والنمو بعدد من المراحل حددها روجرز Rogers بالتالي (الخطيب، 2005):

- قلة الترابط والالتئام بين اعضاء المجموعة والشعور بحاجتهم لتوجيه القائد.
- مقاومة التعبير عن الذات او استكشافها.
- وصف المشاعر المتعلقة بالماضي.

- التعبير عن المشاعر السلبية فقط.
- تعبير الشخص عن الموضوعات الشخصية المهمة واستكشافها.
- التعبير عن المشاعر الشخصية الحالية الايجابية منها والسلبية.
- تنمو طاقة علاجية في المجموعة حيث يبدأ الاعضاء في اظهار قدرات حقيقية وعفوية لمساعدة بعضهم البعض.
- يحصل الافراد على تغذية راجعة حيث يزود الاعضاء بعضهم بعضا بالمعلومات حول كيفية ظهورهم امام الاخرين.
- المواجهة. بحيث يوصل اعضاء المجموعة ردود افعالهم الايجابية منها والسلبية لبعضهم البعض.
- علاقات المساعدة خارج جلسات المجموعة.
- المواجهة الاساسية بحيث يتصل اعضاء المجموعة مع بعضهم البعض بطريقة مباشرة اكثر من اتصالهم داخل المجموعة فقط.
- التعبير عن المشاعر الايجابية والانفتاح نتيجة زيادة الثقة ومستويات الكشف الحقيقي عن الذات.
- تغيير السلوك في المجموعة حيث يصبح الافراد اكثر عفوية وابداعا واكثر انتباها وتفكيرا ببعضهم البعض.

4) المجموعات الماراثونية Marathon group:

تعتمد المجموعة الماراثونية الى استمرار الجلسات الارشادية اطول فترة ممكنة قد تستغرق عدة ساعات او حتى أياما دون توقف الا لفترات قصيرة سعيا وراء زيادة الانفتاح والالفة لدى اعضاء المجموعة الارشادية. ويصبح اعضاؤها اكثر قابلية لنزع الاقنعة الاجتماعية والظهور على حقيقتهم. وبالتالي اكثر اندماجا فيما بينهم مما يسهل عليهم تعلم سلوكيات مختلفة جديدة. وغالبا ما تكون جلسات هذه المجموعة في نهاية الاسبوع وتستمر دون توقف الا لغايات الأكل والنوم.

5) مجموعات العمل Structured group:

تعتمد مجموعة العمل على الخدمات التفسيرية وتوجه عملها نحو موضوع واحد. يشترك فيه اعضاء المجموعة كلهم. كأن تتناول المجموعة موضوعات الضغط النفسي والادمان واضطرابات الأكل.. وغير ذلك من الموضوعات التي يشترك افراد المجموعة فيها.

6) **مجموعة المساعدة الذاتية Self help group:**

تعتمد مجموعة المساعدة الذاتية على تلبية رغبة اعضائها في تزويدهم بالدافعية من اجل البدء بتغيير حياتهم واعطاء المجال لأي عضو الى الانضمام لها وقتما يشاء. وهي تتشكل عادة من اعضاء يكون بينهم اهتمامات ومشكلات متشابهة الى درجة كبيرة.

7) **مجموعة المهمة الواحدة Task groups:**

يقصد بمجموعة المهمة الواحدة تلك المجموعة التي تركز على انهاء عمل محدد او القيام بمهمة معينة. ويتم اختيار قيادتها اما من قبل سلطة من خارج المجموعة، أو انتخاب احد اعضاء المجموعة قائدا لها، او انبثاق القيادة فيما بعد من داخل المجموعة. وينتهي عمل المجموعة بانتهاء العمل المحدد لها.

(4 – 3) تشكيل المجموعة الإرشادية وبناؤها:

تتشكل المجموعة الإرشادية في ضوء عدة متغيرات هي:

1) **حجم المجموعة Group size:**

اختلف المنظرون وعلماء النفس حول العدد المناسب لأعضاء الجماعة الإرشادية فمنهم من يرى ان المجموعة الإرشادية الواحدة يجب أن لا تزيد عن خمسة أعضاء. وهو العدد المفضل لدى غالبية المنظرين في مجال الإرشاد النفسي الجمعي. بينما يرى آخرون ان الجماعة الإرشادية يمكن ان يتراوح عددها ما بين 6 – 51 شخصا.

2) **اختيار الاعضاء وتكوين المجموعات:**

يرى المنظرون ان من عوامل نجاح المجموعة الارشادية ان يهتم المرشد النفسي بحسن اختيار الأعضاء بحيث يكون بينها نوع من الانسجام والتآلف وتبادل الاهتمامات فالصفات المشتركة تشكل فيما بينهم فريق عمل متآلف ومنسجم والتي عبر عنها الباحثون بما يلي:



- **عمر أعضاء الجماعة الإرشادية:** يفضل المرشدون النفسيون أن تكون أعمار أعضاء الجماعة الإرشادية متقاربة ما أمكن. فلا

يجوز ان نجمع في المجموعة الإرشادية الواحدة أفراد بأعمار متباينة كالأطفال مع المراهقين او كبار السن. نظرا لاختلاف الظروف البيئية التي مر كل واحد منهم بها.

- **الجنس:** وكلما كان اعضاء المجموعة الارشادية من نفس الجنس كلما أدى الى زيادة التآلف بين اعضائها.
- **الحالة الزواجية:** يفضل المرشدون النفسيون ان يكون اعضاء المجموعة الارشادية متشابهون فيما بينهم خاصة فيما يتعلق بحالاتهم الزواجية اعتقادا منهم ان ذلك سوف يقلل من الاختلاف في نوع المشكلات التي جاؤوا من اجلها. ويوجد نوعا من التوافق فيما بينهم. ووجود انسجام بين الاعضاء يطور هوية مشتركة متآلفة بينهم بشكل اسرع مما لوكانو غير متآلفين.
- **الذكاء:** ولا بد من تجانس أعضاء الجماعة الإرشادية في القدرات العقلية فهذا التجانس يمثل عاملا مهما في تماسك أفراد الجماعة وفي تفاعلهم. خاصة إذا كان المرشد النفسي يعتمد طريقة المناقشة والحوار في جلساته الإرشادية.
- **طبيعة المشكلات التي يعانون منها:** ولا بد من تشابه المشكلات التي جاء أفراد الجماعة الإرشادية من اجلها. هذا التشابه يتيح للمرشد النفسي ويسهل عليه القيام بعمله الإرشادي لأعضاء متناسقين في قدراتهم متشابهين في مشكلاتهم. فلا يجوز مثلا وضع أحداث جانحين مع أفراد آخرين عصابيين.
- **أنماط شخصية الأعضاء:** ومن الضروري أيضا جعل المجموعة الإرشادية تضم عناصر مختلفة من حيث أنماط شخصيتهم. لان ذلك يحقق التوازن داخل الجماعة نفسها. مما يعطي الجماعة الحيوية والنشاط. إلا أن البعض يرى في تجانس أنماط شخصية الأعضاء تحقيقا لأهداف العملية الإرشادية وزيادة في عملية التفاعل بين أعضاء الجماعة أنفسهم.

3) عدد اللقاءات الاسبوعية ومدتها:

يحتاج تحديد عدد اللقاءات الاسبوعية ومدتها الى اتفاق مسبق بين المرشد النفسي واعضاء المجموعة الارشادية. بحيث يساعد هذا الاتفاق المرشد نفسي في تنظيم وقته وعمله ويحقق بالتالي الانسجام بين اعضاء المجموعة وتفعيل التعاون المشترك بينهم. ويشير عدد من المرشدين الى ان وجود لقاء واحد اسبوعيا بواقع 45 – 60 دقيقة للأطفال، وما بين 60 – 90 دقيقة للمراهقين، وما بين 90 – 120 دقيقة للراشدين. تكفي لتحقيق أهداف المجموعة الارشادية. واتخاذ القرارات المناسبة لها. بالرغم من ان فريقا آخر من المرشدين النفسيين يرى ان الجلسة الاسبوعية الواحدة ربما لا تكفي لاتخاذ القرارات المناسبة. وان الأمر يحتاج الى اكثر من لقاء في الاسبوع. ان وجود لقاء اسبوعي واحد يكفي في اجراء مناقشات مع الاعضاء ومراجعة ما

تم من انشطة وفعاليات ومراعاة لظروف اعضاء المجموعة والتزاما منهم في تجمل مسؤولية المحافظة على اللقاء في موعده المحدد.

4) **مكان اللقاء في الارشاد الجمعي:**

يتم تحديد اللقاء الارشادي بالتنسيق مع المرشد النفسي واعضاء المجموعة الارشادية. واختيار غرفة كبيرة تتسع لوجود طاولات ومقاعد وأية ادوات تحتاجها الجلسة الارشادية المقررة. ويمكن ان تكون قاعة الاجتماعات او قاعات الانشطة المختلفة أو القاعة متعددة الأغراض في المؤسسات التعليمية المختلفة مكانا مناسبا للقاء المجموعة الارشادية.

خامساً: قيادة المجموعة الارشادية:

لكل مجموعة ارشادية قيادة تتمتع بمهمات محددة تنتهي بتحقيق اهداف العمل الارشادي. وقد حدد الباحثون صفات قائد المجموعة الارشادية وشخصيته ومهماته الارشادية وخصائصه.

(5 – 1) صفات القائد وشخصيته:

أشار اتحاد علماء النفس الأمريكيين إلى مجموعة من الصفات التي يجب ان يتميز بها المتخصصون في الارشاد والعلاج النفسي وهي على النحو التالي (Corey,2005):

- قدرة عقلية متميزة، وقدرة جيدة على الحكم والتقدير.
- إبداع جيد وغزارة في المصادر العقلية العميقة.
- فضول قوي ورغبة صادقة وقوية في التعلم.
- حدس جيد، وتبصر جيد وروح دعابة جيدة.
- اهتمام بالأشخاص من حيث هم أفراد وبعد عن تقدير الدخل وجعله في المكانة العليا في عمل المرشد النفسي.
- حساسية مناسبة لتنوع الدوافع التي يمكن ان توجد وراء أعمال الآخرين.
- التسامح والبعد عن التكبر.
- القدرة على إقامة علاقات دافئة مع الآخرين.
- روح الجد والاجتهاد والمثابرة.
- تحمل المسؤولية.
- التعاون واللباقة في المرشدة.
- ضبط النفس والثبات بالنسبة للشخصية ومواقفها.
- شعور عميق بالقيم الأخلاقية.
- اتساع في الأساس الثقافي.
- اهتمام عميق بعلم النفس عامة والجوانب الارشادية بوجه خاص.

(5 – 2) مهمات قائد المجموعة الإرشادية:

حدد الباحثون مهمات قائد المجموعة الارشادية في مساعدة افراد مجموعته الارشادية في النمو داخل نسق اجتماعي متماسق يسوده التعاون والاتصال من اجل التغلب على المشكلات التي جاء افراد المجموعة الارشادية لحلها والتخلص منها. وبصفة عامة فان مهمات قائد المجموعة الارشادية تتمثل في الآتي:

1) تكوين المجموعة الارشادية والمحافظة على بقائها:

ان اول مهمة لقائد المجموعة الارشادية هو في تكوين المجموعة الارشادية واختيار أعضائها ضمن معايير محددة توصله الى توافق افرادها وتشابههم في نوعية الاضطرابات والمشكلات التي يعانون منها.

2) البناء الثقافي للمجموعة:

وبعد ان يقوم قائد المجموعة الارشادية باختيار اعضائها يسعى قائد المجموعة بتكوير نظام اجتماعي ارشادي لها وضع دستورا اخلاقيا ومعايير تحكم سلوك افرادها وانشطتهم وايجاد الاندماج الفعال بين افرادها. تحقيقا للهدف الارشادي الذي تشكلت المجموعة الارشادية بناء عليه.

3) التركيز على هنا والآن:

وعلى قائد المجموعة الارشادية التركيز على الموضوعات او المشكلات التي مرت به ويعاني منها اعضاء المجموعة ويشير الباحثون الى انه يجب ان يكون تركيز على أمرين هامين هما: ان يعيش اعضاء المجموعة الارشادية مع بعضهم البعض. وان يطوروا مشاعر قوية نحو بعضهم البعض. ونحو قائد المجموعة ايضا. وان يعبر كل واحد في المجموعة الارشادية عن مشاعره الحالية والتي تتيح حصوله وزملاؤه من اعضاء المجموعة على خبرة لا يمكن ان تنسى ما لم يحل محلها سلوك جديد.

(5 – 3) خصائص قائد المجموعة الإرشادية:

قائد المجموعة الارشادية شخص مهني يتمتع بكفاءة عالية ومهارة مطلوبة للقيام بالعمل الارشادي. ويتميز بعدد من الخصائص اشار اليها الباحثون في الاتي:

1) الخصائص الشخصية:

ان من ابرز الخصائص التي يجب ان يتمتع بها قائد المجموعة الارشادية هي قدرته على تكوين علاقات جيدة مع اعضاء مجموعته. وان يسهم في تطوير هذه العلاقات بين الاعضاء في

المجموعة الارشادية. وعليه ان يتمتع بالنضج والاتزان والتفهم والاحترام والتقدير. وروح المبادأة في العمل والرغبة في مساعدة الاخرين وسرعة البديهة والتحمل. وقد اورد المؤلف سمات المرشد وخصائصه التي يجب ان يتمتع بها في موقع آخر من هذا المؤلف.

2) **المهارة والخبرة:**

الخبرة الارشادية والمهارة عاملان مهمان جدا لنجاح المهمة الارشادية. وعلى قائد المجموعة الارشادية ان يكون مخططا جيدا للجلسات الارشادية بطريقة فعالة. ويقدم افكارا قيمة حول النشاطات والموضوعات المناسبة لتلك المجموعات.

(5 – 4) دور أعضاء المجموعة الإرشادية ومسؤولياتهم:

ان اعضاء المجموعة الارشادية هم افراد يشتركون في تحقيق نجاح العملية الارشادية. كما انهم يشتركون في فشلها بالأخذ زالعطاء. فهم يستمعون لمشكلات بعضهم البعض ويقدمون التغذية المرتدة المناسبة لذلك. ويقومون بدور حيوي وهام في مساعدة بعضهم البعض في حل مشكلاتهم. ومشاركة كل عضو في المجموعة الارشادية عضوا آخر في المجموعة الارشادية ذاتها تساعد ذلك العضو في اكتشاف ابعاد في شهصيته لم تكن واضحة لديه من قبل. وبالتالي تتاح له فرصة استغلال ذلك من اجل احداث تفاعل جديد مع الاحداث المحيطة به.

من اجل ذلك. فان العمل بالمجموعة الارشادية يتطلب من كل عضو فيها ان يكون مسؤولا عن تنفيذ ما يتم الاتفاق عليه بين اعضاء المجموعة وعلى بقية الاعضاء تشجيعه في انجاز العمل الموكل اليه وتحمل المسؤولية. حيث تقع على عاتق المرشد توضيح مفهوم المسؤولية لكل عضو في المجموعة الارشادية وتشجيعهم على تحملها والمساهمة الايجابية في استمرار العمل بنظام في المجموعة الارشادية.

(5 – 5) دور المرشد النفسي في المجموعة الإرشادية:

يلعب المرشد النفسي دورا بارزا في الإرشاد الجمعي من حيث تهيئته للجو الإرشادي المناسب من الحرية والإصغاء والاهتمام بمشكلاتهم ومشاركتهم في المناقشة وإدارة الحوار وتفسير بعض السلوكيات وتقديم التفسيرات بشأنها. وكما ترى فان المرشد مهتم ببناء العلاقة الإرشادية المهنية مع أعضاء الجماعة الإرشادية قائمة على أساس من الدفء والفهم المتبادل بينه وبين الأعضاء. ومن خلال الجلسات الإرشادية يتدخل المرشد النفسي في حالات معينة لتفعيل العمل الإرشادي وزيادة التوافق بين أعضاء الجماعة الإرشادية يمكن تحديدها على النحو التالي:

- عندما يتحدث فرد باسم الجماعة.
- عندما يتكلم شخص في الجماعة نيابة عن شخص آخر.

- عندما يسعى احد الأعضاء إلى نيل موافقة القائد او عضو آخر من المجموعة قبل او بعد التحدث.
- عندما يقول احد الأعضاء "لن أصرح برأي فانا لا أريد أن اجرح شعور فلان.
- عندما يرى احد الأعضاء ان مشكلاته راجعة إلى شخص آخر.
- عند التحدث بطريقة تعوق تطور الذات. مثل: "سأنتظر فعل الزمن، او: تغيير الحال من المحال.
- عندما يتضح التباين في سلوك الفرد وفي أقواله او ما يقوله وما يفعله او ما يقوله وما يشعر به أو ما يقوله العضو وبين ما يشعر به القائد او ما يراه العضو في نفسه وما يراه الآخرون فيه.
- عندما يفرض عضو أجواء من الملل على الجماعة عن طريق التطويل والمبالغة في الحديث ولا بد للمعالج من التعامل مع الحالات الصعبة في الجماعة وابرز هؤلاء الأشخاص هم العضو الصامت (او الجماعة الصامتة) التي يفتقر إلى الدافعية، والمنسحب والمحتكر.

(5 – 6) القيادة المشتركة للمجموعات الارشادية:

قد يحدث ان يتواجد العديد من المرشدين في المجموعة الارشادية على هيئة متدربين لحضور دورة تدريبية أو ورشة عمل يقوم مرشد خبير بتوجيه الجماعة الارشادية ومرشدين ملاحظين. وفي هذه تمثل القيادة المشتركة أداة تدريبية فعالة للمرشد الجديد. الا ان عددا من الباحثين يرى في هذه الخطوة فوائد واضحة للمسترشدين في المجموعة الارشادية ولقائد المجموعة. وان تجريب علاج متعدد قد يرى فيه المرشدون نماءا واكتسابا جديدا للخبرة كما يرى فيه المسترشدون في المجموعة الارشادية اكتسابا جديد للعملية الارشادية وفائدة كبيرة تساعد في حل مشكلاتهم.

ويمكن للقيادة المشتركة في المجموعة الارشادية الافادة من استبصارات كلبهم وادراكاتهم المختلفة في حل مشكلات المسترشدين. وهم انما يكملون بعضهم بعضا في الاستفادة من قوة المرشدين القياديين في القيادة المشتركة. كما يمكن ان تخدم القيادة المشتركة كنموذج للاتصال بين المرشدين القياديين وبين أفراد المجموعة. ويمكن ان تزود القيادات المشتركة بالتغذية المرتدة ومناقشة الاجراءات التي تتخذ في المجموعة الارشادية. ومن خلال الملاحظة والتعلم يمكن للقيادة المشتركة تنمية خبراتهم.

(5 – 7) قواعد واخلاقيات العمل في المجموعة الارشادية:

للعمل في المجموعة الارشادية ضوابط ومعايير معينة تحدد مسارات العمل والكيفية التي يقوم عليها العمل الارشادي. وتتمثل اهم قواعد واخلاقيات العمل في المجموعة الارشادية ما يلي:

1) **حرية المشاركة:**



ان مشاركة أي عضو في المجموعة الارشادية يمثل عملا اختيارا لا اجبار فيه. وأن انضمام اي عميل (مسترشد) لأي مجموعة ارشادية يكون بمحض ارادته ورغبة أكيدة منه. ولكن لا يمنع ان يسعى المرشد في اقناع الافراد بالانضمام الى المجموعة الارشادية اذا وجد المرشد انه يستطيع ان يساعد ذلك الفرد في تجاوز ما يعانيه من مشكلات. ولا شك ان المرشد يعطي حرية البقاء او عدمه للمسترشد بعد حضوره عدة جلسات ويترك له أمر البقاء او عدمه قبل ان تنتهي المجموعة من تحقيق اهدافها. وقد اشار كوري الى هذه المسألة ورأى بأن على المرشد ان يوضح كل الاعتبارات الواجب مراعاتها بعمل المجموعة الارشادية خاصة ما يتعلق منها وان على المسترشد ان يناقش الاسباب التي تدعوه الى ترك المجموعة الارشادية مع المرشد واعضاء المجموعة الارشادية مع احترام ما دار من احاديث وانشطة داخل المجموعة الارشادية وعدم افشار اية معلومات حولها.

2) **السرية:**

ان اهم عنصر من عناصر العمل في المجموعة الارشادية السرية التامة لما يدور بين افرادها من مشاعر وافكار وانشطة مختلفة حتى يشعر عضو الجماعة بالأمان والحرية في طرح افكاره والتعبير عن مشاعره دون خوف او جلل. وعلى جميع اعضاء المجموعة الارشادية ان تحرص على عدم كشف اي من الموضوعات التي تتم مناقشتها ومداولتها داخل المجموعة الارشادية. وينبه المرشد اعضاء مجموعته بين الحين والآخر الى الالتزام بالسرية التامة للعمل الارشادي. اذ ان افشاء الاسرار يمكن ان يضعف اداء المجموعة ويحرم اعضاءها من المشاركة بايجابية وحرية. بالاضافة الى ما قد يحدث من تصعيد لمعاناة الفرد لمشكلاته.

3) المسؤولية المقيدة:

في الارشاد الجمعي هناك اهداف هامة مشتركة لجميع افراد المجموعة الارشادية. واهداف أخرى خاصة تتعلق بكل عضو من اعضاء المجموعة الارشادية. وتحقيق هذه الاهداف يتطلب توزيع المرشد للمسؤوليات بين اعضاء المجموعة الارشادية والتزام كل واحد منهم تنفيذ ما يوكل ايه من عمل دون تقييد لعمله. وربما يشارك عضو في المجموعة زملاءه الأخرين عملهم. الا ان تنظيم عمل المجموعة الارشادية ضرورة يفرضها العمل الارشادي من اجل تحقيق اهداف المجموعة.

4) الاحترام المتبادل بين اعضاء المجموعة الارشادية:

ربما تتشكل المجموعة الارشادية من أعضاء يأتون من مناطق مختلفة وذات خلفيات اجتماعية وثقافية واقتصادية متباينة. كما ان السمات الشخصية لكل واحد منهم تختلف فيما بينها. مما يجعل من مهمة المرشد النفسي في العمل الارشادي مهمة صعبة نتيجة عدم التوافق بين افراد المجموعة الارشادية كما ان التوافق والوئام يكون صعبا في بدايات العمل الارشادي. وهنا تبرز قدرة قائد المجموعة الارشادية في تحقيق التعاون المشترك وبناء العلاقة الايجابية بين الاعضاء. مع التأكيد على احترام المرشد للمسترشدين فردا فردا. واحترام المسترشدين بعضهم بعضا. وان يحافظوا على خصوصيات كل واحد منهم تحقيقا للأهداف التي جاؤوا من اجلها.

5) حفظ حقوق اعضاء المجموعة الارشادية:

ان من اخلاقيات العمل في المجموعة الارشادية ان يحفظ كل عضو في المجموعة الارشادية حقوق زملائه الآخرين في المجموعة في اختيار الاسلوب الذي يراه مناسبا له في حل مشكلاته والتعبير عن رغباته وعدم كشف ما لا يريد كشفه. ولا بد ان يوضح المرشد اهمية حفظ حقوق الاعضاء وحريتهم في التعبير وابداء الرغبات. وان لكل واحد في المجموعة الارشادية مطلق الحرية في ان يقول ما يريد ويتوقف عن قول ما لا يريد.

6) اخلاقيات المرشد النفسي في المجموعة الارشادية:

ومن اساسيات العمل في المجموعة الارشادية توفر اعتبارات يفرضها العمل الارشادي على المرشد الذي يقود العملية الارشادية الجمعية. اضافة الى اخلاقيات العمل الارشادي بشكل عام والتي وردت الاشارة اليها في موقع آخر من هذا المؤلف. وقد اشار كل من الرشيدي والسهل (2000) الى عدد من الاخلاقيات التي تتعلق بقائد العملية الارشادية في الارشاد الجمعي تمثلت في الآتي:

- قبول المسؤوليات القانونية والاخلاقية المترتبة على كونه قائدا لعملية الارشاد الجمعي.
- العمل على تطوير اساليب واقعية تتناسب مع عمل المجموعة تسمح بتحديد واضح لأهداف يمكن تحقيقها.
- استخدام اقصى الامكانيات المتاحة وخبراته ومهاراته الشخصية لتحقيق اهداف المجموعة الارشادية.
- مراعاة حدود الامكانيات الشخصية وعدم استخدامها لتحقيق اهدافه الشخصية.
- توجيه المجموعة الارشادية لتحقيق الاستفادة القصوى من خبراتهم في المجموعة الارشادية.
- عدم استخدام اي اسلوب من اساليب الارشاد الجمعي المعروفة الا بعد التأكد من استعداد اعضاء المجموعة لتقبل الاسلوب والعمل بموجبه.
- حماية حق كل عضو لا يرغب بالمشاركة في اي من اساليب الارشاد الجمعي المطروحة.
- ان يظهر المرشد الاحترام في اجاباته للمجموعة الارشادية ككل ولكل عضو فيها. عندما يطرحون علية الاسئلة.
- عدم اساءة او استغلال اي عضو سواء نفسيا او بدنيا.
- ان يستخدم خبرته في بناء علاقة ثقة وانفتاح واحترام وقبول وانسجام بين اعضاء المجموعة الارشادية.
- العمل بكل جهد ممكن على توفير السرية والخصوصية من خلال التحضير المبدئي للاعضاء قبل انضمامهم للمجموعة.
- تقديم المساعدة والدعم لكل عضو من اجل نموه وتطوره كنتاج للخبرة التي يكتسبها في العملية الارشادية.

سادساً: اساليب الإرشاد الجمعي وفنياته:

عزيزي الدارس: مر معك في الوحدة الثانية عدد من طرق الارشاد والعلاج النفسي والتي يمكن تصنيف اساليب الارشاد النفسي فيها الى فئتين اثنتين هما:

(6 – 1) الارشاد الجمعي المتمركز حول المجموعة الارشادية:

Group-Centered counseling:

يعد كارل روجرز (Rogers) صاحب نظرية الارشاد المتمركز حول الحالة. ويقوم هذا النوع من الارشاد الجمعي على اعتبار ان المسترشدين هم محور العملية الارشادية. وأنهم مسؤولون بالدرجة الأولى عن حركة المجموعة والأهداف التي تريد تحقيقها. وأن اعضاء المجموعة يحضرون مع بعض في بداية الأمر دون سابق معرفة. وهم في حالة من القلق العام نتيجة لهذه الخبرة الجديدة. ويرى روجرز بأن ما يظهره الاعضاء في الجلسات أم الآخرين ما هي الا صورة زائفة

Facades masks لشخصياتهم. الا انه مع استمرار الجلسات الارشادية وتتابع اللقاءات بين اعضاء المجموعة الارشادية وما يحدث من تفاعل مع بعضهم البعض تبدأ الثقة تأخذ طريقها في نفوسهم. ويعتقد روجرز ان الدور الحقيقي للمرشد يعتمد على تسهيل مهمة المسترشدين في قيادة انفسهم وتطوير مهاراتهم وايجاد حلول لمشكلاتهم. وأن يكون قدوة للمسترشدين في تعلم العديد من المهارات التي يحتاجونها لتطوير انفسهم. وتقديم التغذية الراجعة واظهار التعاطف والدعم للاخرين بطريقة ايجابية من خلال توفير الظروف البيئية والنفسية الآمنة لكل اعضاء المجموعة الارشادية.



(6 – 2) الارشاد النفسي الجمعي المتمركز حول المرشد (الارشاد الموجه):

يتركز هذا النوع من الارشاد الجمعي على المرشد النفسي باعتباره محور العملية الارشادية وتوجيه حركة المجموعة الارشادية وتشجيع التفاعل بين أعضائها وصولا بهم نحو تحقيق اهداف الارشاد والمرشد في هذا النوع من الارشاد يحدد اسلوب العمل واختيار اساليب الارشاد المناسبة لها. وعلى المرشد ان يقوم بتسهيل مهمة المسترشدين من خلال توفير بيئة آمنة ومساعدتهم على الاستبصار بالجوانب الايجابية والسلبية في شخصياتهم وتشجيعهم على التعلم من بعضهم البعض لتحقيق الاهداف المأمولة.

(6 – 3) معايير استخدام اساليب الارشاد الجمعي:

يسعى المرشدون النفسيون ان يضعوا في اعتبارهم عددا من المعايير التي تحدد استخدامهم لأساليب الارشاد النفسي الجمعي المختلفة (زهران، 2005):

- مدى التشابه والاختلاف لدى أعضاء الجماعة ومشكلاتهم النفسية من حيث الجنس والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي. ونوع المشكلات.
- طريقة تكوين الجماعة. هل روعي في تكوينها بناء العلاقات الاجتماعية ام انها تشكلت عشوائيا.
- مدى التركيز على دور المرشد او دور العملاء والطريقة التي يتبعها المرشد في عملية الارشاد.

- مدى استغلال دينامية الجماعة في عملية الارشاد من حيث ترك المجال للتأثير التلقائي الحر او التأثير في شكل تلقين يقوم اعداد سابق.
- حدود الانفتاح او الانغلاق من حيث اشراك آخرين في عملية الارشاد أو جعل جلساتها مغلقة تضم المرشد والعملاء فقط ام غير ذلك.
- نوع النظرية التي يتبعها المرشد من حيث التركيز على دينامية الجماعة او على شخصيات الافراد.
- المكان الذي تتم فيه الجلسات الارشادية. في العيادة ام في مركز الارشاد أم غير ذلك.

(6 – 4) فنيات الارشاد الجمعي ومهاراته:

1) التمثيل المسرحي (السيكودراما Psychodrama):

ابتكر اسلوب التمثيل النفسي المسرحي يعقوب مورينو Moreno في فيينا عام 1921 وهو عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي يقوم بها العملاء لمشكلات نفسية في شكل تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي للعملاء.

يتكون التمثيل النفسي والمسرحي من العناصر الرئيسية التالية:

- **المسرح:** بحيث يكون ذا مساحة تسمح بحركة ابطال المسرحية ومخرجها والافراد الذين يشاركون العمل.
- **المسرحية/ التمثيلية:** يقوم بها العملاء انفسهم مسبقا. وقد يكون التأليف تلقائيا حسب ما يقتضيه الموقفز وقد يساعد المرشد في تأليف المسرحية/ التمثيلية أم الحوار الذي يدور بين الممثلين فيترك ذلك لتلقائية وابتكار العملاء اثناء التمثيل.
- **المخرج:** وهو الذي يقوم بكل من: دور المنتج والحافز والمشاهد والمحلل ويساعد في اختيار الممثلين وابطالها.
- **بطل المسرحية:** وهو الشخص الذي تختاره المجموعة بمساعدة المخرج لاختيار اعضاء المجموعة التي تشاركه في التمثيل. والبطل هو من يختار الحادثة التي ستتم معالجتها على المسرح.
- **الذات المساعدة:** وهم اعضاء من المجموعة يقومون بمساعدة بطل المسرحية في القيام بأدوار رمزية. مثل الاب والام والزميل. كما يقوم البطل بتزويدهم بالمعلومات اللازمة عن هؤلاء الاشخاص الذين سيقومون بلعب ادوارهم على المسرح.

ويعد التمثيل النفسي المسرحي من اكثر اساليب الارشاد النفسي الجمعي شهرة. حيث يتميز بـ:

- حرية السلوك لدى الممثلين (العملاء) وتلقائيتهم.
- يتيح التداعي الحر والتنفيس الانفعالي حين يعبرون في حرية تامة في موقف تمثيلي فعلي عن اتجاهاتهم ودوافعهم وصراعاتهم واحباطاتهم.
- يؤدي الى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم والتعلم من الخبرة الاجتماعية
- يرى فيه عدد من المنظرين ابتكارا من اهم الابتكارات الثورية في الارشاد والعلاج النفسي؟
- يكشف التمثيل عن جوانب هامة من شخصية العميل ودوافعه وحاجاته وصراعاته ودفاعاته ومشاعره مما يفيد في فهم ودراسة الحالة وفي عملية الارشاد.
- يدور موضوع قصة التمثيل المسرحي عادة حول خبرات العميل الماضية والحاضرة، والمستقبلية التي يخافها ويحتمل ان يواجهها مستقبلا. من اجل التنفيس الانفعالي وحل الصراع وتحقيق التوافق النفسي ومواقف متخيلة غير واقعية وأخرى تهدف الى تشجيع فهم الذات بدرجة أفضل.
- يمكن تسجيل التمثيل المسرحي بحيث يتيح للمرشد والعملاء فرصة سماعها ومشاهدتها بعد ذلك من اجل الاستزادة والنقد الذاتي وتحديد مدى التقدم في عملية الارشاد.

2) المحاضرات والمناقشات الجمعية:

يغلب على هذا الاسلوب المناخ شبه التعليمي يلعب فيها عنصر التعليم واعادة التعليم دورا رئيسيا فيه. حيث يعتمد اساسا على القاء محاضرات سهلة على العملاء يتخللها ويليها مناقشات تهدف الى تغيير اتجاهات العملاء. ومن رواد هذا الاسلوب مكسويل جونز Jones وكلابمان Klapman الذي استخدم اسلوب المحاضرات والمناقشات أثناء الحرب العالمية الثانية بحيث يقرأ كل عميل من المحاضرة فقرة ويلخصها ويعلق عليها ويناقشها الجميع مناقشة حرة. أما عن موضوعات المحاضرات والمناقشات فتشمل عددا من الموضوعات التي تهم العملاء وتفيدهم في تحقيق التقدم المأمول في عملية الارشاد ومن هذه الموضوعات: الصحة النفسية والمرض النفسي واسبابه واعراضه والعلاقات المتبادلة وعمل الجهاز العصبي وتأثير الحالة الانفعالية على الجسم. وغيرها. مما يساعد في تحقيق اهداف عملية الارشاد. ويعد هذا الاسلوب احد اساليب الارشاد الجمعي التعليمي.

1. فنية الانصات Listening technique:

يقصد بفنية الانصات العملية العقلية التي يتم بها الاستماع بايجابية للاخر وتركيز انتباهه على ما يقوله او يفعله. ويستدل على سلوك الانصات من حركة العين وتركيزها والايمات والكلمات القصيرة التي يحدثها المسترشدون. ويعتبر انصات الاعضاء فرصة للتعبير عن مشاعرهم وافكارهم واظهار موافقتهم او عدم موافقتهم على ما يقال او تسجيل نقاط للمناقشة بعد انتهاء المتحدث من كلامه او افعاله. وحتى يكون الانصات فعالا فانه يجب على المستقبل الاحتفاظ بالهدوء ويواصل الانتباه والمتابعة ويتقبل الاراء التي تتعارض معه واختيار الوقت المناسب الذي يطرح فيه اسئلته او طلب الاستفسار عن اشياء غامضة. وعلى المتحدث كذلك ان يتوقف عن الكلام قليلا كي يعطي الفرصة للاخرين ليتحدثوا مثله.

هذا، وتوجد قواعد تحكم قواعد الانصات الفعال تتمثل في الاتي:

- الاستعداد الجسمي والعقلي والنفسي للاعضاء للانصات.
- تحديد الهدف من الانصات ومعرفة المسترشدين بها.
- التركيز على: موضوع الانصات ومحتواه وعدم الانشغال بموضوعات خارجية ليس لها علاقة بموضوع الانصات والافكار المهمة والتي تحتاج الى مناقشة.
- تحديد الوقت المناسب لمواصلة الانصات.
- ضرورة ان يلي الانصات التغذية الراجعة من الاعضاء ومن المرشد النفسي حيث يتم طرح الاسئلة والافكار الجديدة او طلب توضيح اشياء معينة في موضوع الانصات.

الا ان لهذه الفنية معوقات يمكن اجمالها في الاتي:

- ضغط الوقت حيث لا يسمح الوقت لكل الاعضاء التحدث او مواصلة الانصات.
- عدم مصداقية المتحدث. فالاعضاء قد لا يتواصلون معه عندما يشعرون بان هناك تناقضا بين اقواله وافعاله او عندما يعرض على الحضور معلومات غير صحيحة.
- وقد نجد ان بعض الحضور يختار ما ينصت اليه من معلومات يقدمها المتحدث ويترك الباقي (الانصات الانتقائي Selective listening).
- وقد يتحدث العضو المشارك في الجلسة الارشادية ويطلب من بقية الحضور الاستماع اليه. وربما يرغب في الحديث طول الوقت ولا يسمح للاخرين بالتحدث مثله. (الانصات من خلال اتجاه واحد One – way communication).

2. فنية التساؤل Questioning technique:

تشير فنية التساؤل الى التفاعل الذي يحدث بين اعضاء المجموعة الارشادية بعضهم ببعض وبينهم وبين المرشد النفسي فالمحادثة لا تخلو عادة من سؤال موجه واستجابة. ويمكن في فنية التساؤل استخدام الاسئلة المفتوحة كأن نقول: ما هو شعورك الان؟ او الاسئلة المقفلة / المقيدة كأن نسأل: اين تذهب بعد انتهاء الجلسة؟ ولكل من الطريقتين مزاياه الخاصة.

فالاسئلة المفتوحة تساعد على افتتاح الجلسة وتعطي فرصة للمسترشد كي يعبر عن مشاعره واتجاهاته كما تتيح فرصة للمسترشدين على التركيز على فكرة محددة وعلى استخلاص فكرة او اتجاه ما من خلال طلب توضيح لذلك. بينما تغطي الاسئلة المغلقة او المقفلة موضوعات كثيرة اثناء الجلسة وتسهل على المشتركين الاطلاع على الاجابة عنها وتمكن المرشدين في الوقت نفسه من مقارنة استجابات المسترشدين في مواقف مختلفة او مقارنة استجابات المسترشدين في الوقت نفسه

وعند استخدام فنية التساؤل، فانه لا بد من الاخذ بعين الاعتبار للنقاط التالية: (سعفان، 2006):

- اختيار الوقت المناسب وعدم مقاطعة المتحدث من اجل طرح السؤال.
- استغلال وقفات المرشد من اجل طرح السؤال.
- التأكد من ان المسترشد مهيء للاستجابة.
- الا يكون السؤال بعيدا عن موضوع المحادثة.
- ان يترءم السؤال من حيث الصياغة والمحتوى مع ثقافة المسترشد.
- ان يوجه السؤال لكسب معلومات جديدة مرتبطة بالموضوع.
- تجنب الاسئلة التي تحمل في طياتها التوبيخ واللوم والاتهام.

3. فنية المناقشة الجماعية Group discussion technique:

تعرف المناقشة بأنها نشاط جماعي منظم يدور حول موضوع ما يتم بالتفاعل اللغوي اللفظي (الكلامي) بهدف وتبادل الاراء واتخاذ القرارات المرتبطة بموضوع المناقشة. وتتميز بتبادل الادوار حيث يكون العضو مستمعا بعض الوقت ومتحدثا البعض الاخر مما يساعد على المشاركة الجماعية في المناقشة والتفاعل الايجابي بين اعضاء الجماعة. كما يستطيع كل عضو في الجماعة التعبير عن مشاعره وافكاره.

وتبرز اهمية المناقشة في انها تثير الفكر امام الاعضاء من خلال معرفة وجهات النظر المختلفة وتساعد في معرفة حوانب المشكلة والتخطيط للبرنامج وتنفيذه وتقويمه. ومن خلال المناقشة الجماعية يقيم كل عضو ذاته من خلال تفاعله مع الاخرين وردود افعالهم تجاهه. وبالتالي يستطيع ان يتعرف على اتجاهاته نحو الاخرين الاخرين واتجاهات الاخرين نحوه ويكتشف قدراته ويعيد فهمه لخبراته الخاصة من خلال التغذية الراجعة. والقرارات التي يتم الوصول اليها من خلال المناقشة الجماعية تصبح ملزمة للاعضاء مما يزيد من شعورهم بالمسؤولية الجماعية. وذلك كون المناقشة الجماعية تمثل حوارا متبادلا بين الاعضاء وهي بمثابة موقف تعلم يتم من خلاله التعاون مع الاخرين وتقبلهم والتعاطف معهم.



4. المواجهة Confrontation technique:

يستخدم المرشد النفسي فنية المواجهة عندما يريد جذب انتباه المسترشد الى التباين في افكاره وافعاله دون ان يلتزم بتقديم تفسير لهذا التباين. وتهدف المواجهة اساسا الى مساعدة المسترشد على ان يكتشف معوقات النمو والتوافق وذلك عندما لا تتفق الاقوال مع الافعال او يوجد تباين كبير بين القدرات والطموحات.

5. الاقناع Consultation technique:

يمارس المرشد النفسي فنية الاقناع بحكم خبراته واعداده المهني وخلفيته المهنية الثقافية بالنظريات الارشادية التي تعتمد على فنيات ارشادية تقوم على ممارسة فن المنطق كالنظرية المعرفية لبيك والنظرية العقلانية الانفعالية السلوكية لالبرت اليس وغيرها.

والاقناع على عكس الايحاء يحتاج الى ممارسة المنطق وقوانين الفكر ويترتب على ذلك ان الهدف من الايحاء استقبال المسترشد للرسالة باستنتاج جاهز. اما الهدف من الاقناع فهو ان يبذل المسترشد كل ما في وسعه لاستخلاص النتيجة من خلال المناقشة الجماعية والاسئلة التي تطرح ومراجعة التباين في افكاره وافعاله واستخدام باقي الفنيات التي تحتاج الى ممارسة العمليات العقلية.

تبرز اهمية استخدام فنية الاقناع في الارشاد كالتالي:

- تجنب الخطأ: ويتم عن طريق تركيز المرشد النفسي الانتباه في الاشياء نفسها التي يود اقناع المسترشد بها؟
- ارجاء الحكم عندما لا يتوفر لديه الادلة الكافية.
- عدم اقحام الافكار على المسترشد: وهنا يتم التركيز على التعلم الذاتي ووسائل حل المشكلة.
- التخلي عن اساليب التفكير التي تؤدي الى التمسك بالافكار اللاعقلانية: ومن هذه الافكار التخلي عن قاعدة اما او الحكم في ضوء القاهدة وكشف التناقض والتخلي عن طلب الحقيقة.

3) النادي الإرشادي:

يعتمد هذا الاسلوب على النشاطات العملية والترويحية كالرياضة والموسيقى ومشاهدة الأفلام والتمثيليات. للاشخاص الذين لا يرغبون في التردد على العبادات النفسية او مراكز الارشاد. وهذا النوع من الارشاد الجمعي مفيد للافراد الذين يعانون من الصعوبة في تكوين علاقات شخصية مع الاخرين. ومع الذين يعانون من رفض او حرمان اسري أو مدرسي او من المحيط الذي يعيشون فيه. ويعد سلافسون Slavson من رواد هذا الاسلوب في الارشاد. وتسير جلسات هذا الاسلوب من الارشاد في جو اجتماعي نفسي مناسب. تبدأ في العادة بنشاط رياضي أو فني او مشاهدة فيلم او تمثيلية. تتناسب وما يعانيه العملاء من مشكلات. وبعد ذلك يجلس الجميع لتناول الطعام والشراب معا. ويتناقشون فيما رأه من موضوعات. ويكون دور المرشد في غالب الاحيان محايدا. لكنه يشاركهم في الانشطة التي يتم تنفيذها من قبل العملاء. ويتناول ما قد يظهر من قبل العملاء من سلوك منحرف بالتعديل والتصحيح اثناء تنفيذ النشاط.

يتميز هذا الاسلوب بأن العميل يحدث انماطا من السلوك الي يعبر عن مستويات المشكلة التي يعاني منها بشكل تلقائي. كما ان وجود امكانات الالعاب المختلفة تتيح للعميل فرصة التنفيس الانفعالي والرغبة في تفريغ نزعاته العدوانية. وتنمو من خلال النشاط الاهتمامات ويتحسن التوافق الاجتماعي وتنمو الصداقات الاجتماعية داخل وخارج الجماعة. ويتضاءل الخجل والانطواء والانسحاب. ويختفي التوتر والمخاوف وتزداد ثقة العميل بنفسه وبالآخرين.

4) الارشاد باللعب Play counseling technique:

الارشاد باللعب طريقة منظمة للحصول على التبصر والوعي بعالم الشخص او صورته الذاتية. وقد استخدمت مدرسة التحليل النفسي اللعب كوسيلة ارشادية لتفسير الدوافع اللاشعورية عند الفرد. وأكدت آنا فرويد على اهمية العلاقة بين المعالج والشخص خاصة في المراحل الاولى لعملية الارشاد والعلاج النفسي. وبينت ان هذه العلاقة هامة جدا في تحويل ايجابي قوي لسلوك الفرد وتطوره. كما اشارت ميلاني كلين Melanie Klein الى ان وراء كل لعب معنى رمزي وان اللعب التلقائي عند الاطفال انما هو بمثابة تداعي حر Free association عند الكبار. وان الاطفال يملكون القدرة على حل مشكلاتهم الخاصة باللعب.

وقد اهتم الارشاد النفسي باللعب باعتباره احد الاساليب الهامة التي يمكن من خلالها تحقيق النضج الاجتماعي والمساعدة في اكتشاف بيئة الطفل والتفاعل معها (Mash &Wolfe,2002). وهو من الناحية الجسمية أداة تساعد في نمو الجسم وتدريب اعضائه. واكسابها مهارات حركية ذات اهداف تربوية. كما تساعد في تطور الجانب الانفعالي للطفل واتزانه وتخليصه من بعض حالات التوتر والقلق والاضطرابات والنزعات العدوانية والكبت والحرمان وتبعده عن تمركزه حول ذاته.

يؤكد أيرنست Ernest أن الألعاب تعمل على تحسين استراتيجيات حل المسألة كما أنها تسعى إلى تعزيز تلك الاستراتيجيات التي تتضمنها. ويبين الباحثون هنا أن أسلوب اللعب له علاقة وطيدة بمهارات المتعلم في حل المسألة التي تتمثل في: مهارات القراءة: وأن هناك ارتباطا قويا بين مهارات قراءة المسألة والقدرة على حلها. ومهارات التفسير: فالتعرف على المسألة وخصائصها والمعلومات التي تكمن فيها يعتبر ذا أهمية بالغة للانتقال إلى الخطوة التالية (Maletsky, 1982). ومهارات التنظيم: من حيث تحديد المعلومات اللازمة والمعلومات وثيقة الصلة وتحديد الخطوات الوسيطة. ومهارات التفكير في الحل: من خلال الاستخدام الفعال لأنواع مختلفة من الألعاب والألغاز والأنشطة الأخرى (Johnson & Johnson,2009). ومهارات اتخاذ القرارات: التي ترتبط بشكل وثيق بعملية حل المسألة بحيث تتطلب من اللاعبين اختيار أو اقتراح البديل الأفضل من بين عدة بدائل متنافسة ومتوافرة والبديل الأفضل هو القرار (شطي وبلقيس، 1989). ومهارات التنبؤ ببعض القواعد والقوانين اللازمة لحل المسألة: فالقانون يمثل علاقات ثابتة بين مفاهيم مختلفة يستعين بها الطفل للقيام بأداء منظم لحل مشكلة ما أو تفسير ظاهرة أو التنبؤ بالسلوك. ومهارات تقييم الاستراتيجية: الأمر الذي يساعد على تعديل الاستراتيجيات المستخدمة في حل المسألة المتضمنة في الألعاب فنجاح الطفل أو فشله في حل المسألة يعتمد بالدرجة الأولى على الاستراتيجية المستخدمة ومدى ملاءمتها لخصائص الموقف المشكل (Krulik & Rudnick, 1983).

ويجسد اللعب المجردات ويقربها إلى ذهن المتعلم ويربطها بالحياة الواقعية التي يعيش فيها الأمر الذي يجعله يعي القيمة الحقيقية للعب والفائدة العملية من استخدامه. وعن طريق ممارسة اللعب يكتسب الكثير من الخبرات ويتعرف إلى بيئته بشكل عفوي مدفوعا بميوله وحاجاته مستخدما حواسه في التعلم. وينسجم أسلوب اللعب في مفهومه ومنطلقاته مع التربية المستمرة:

ويسعى اللعب إلى إكساب المتعلم المعلومات والمهارات ليس فقط في حدود المدرسة وفي فترة وجوده فيها بل أيضا عندما يتواجد في البيت مع أسرته وفي الشارع مع أقرانه. ويركز على إحداث التفاعل النشط بين المتعلم والألعاب التي يمارسها وهو بذلك يلبي متطلباته الذاتية بعيدا عن التلقين (Jones, 1982). وينقل المتعلم من التعليم المدرسي إلى التعليم العملي في المجتمع دون ارتباط بالزمن أو نوعية اللعب التي ترتبط بشكل وثيق بالبيئة التي يعيشها المتعلم في كثير من الأحيان (Kerviel, 1990).

وفي ظل التعلم المستمر مدى الحياة يمكن أن يتم التعلم دون التقيد بشكل المبنى المدرسي أو هندسته: ولهذا أصبح الاهتمام بالأبنية المدرسية أمرا غير مرغوب فيه تربويا. وتبين نتائج الدراسات الحديثة (ابراهيم، 2003) أن التعلم في الهواء الطلق افضل بكثير من التعلم الذي يتم داخل حجرات الدراسة. كما يتفق أسلوب التعلم باللعب مع مفهوم التربية المستمرة في استخدام تقنيات التعليم في مجال التعلم.

واللعب يجعل المتعلمين يندفعون بقوة نحو التحصيل والتعلم وتتكون لديهم اتجاهات إيجابية نحو الموضوعات الدراسية المتعلمة الأمر الذي يؤدي بالضرورة إلى المشاركة الفاعلة في إنجاز الأهداف التعليمية المأمولة وفي حالة استخدام أسلوب اللعب فانه يمكن استثارة دافعية المتعلم من خلال التقييم المستمر (Williams, 1986). وكسب اللعبة (Eade, 1988). والتحدي: فالألعاب الجيدة هي التي تجعل المتعلم في حالة تحد باستمرار وتجعله يذهب إلى ما بعد المعلومات التي يكتسبها من تنفيذ تلك الألعاب أو التي يمكن أن يكتشفها بعد الانتهاء من ممارستها (Joyce & Wail, 1980). والمنافسة الإيجابية.(Jenson, 1981). والتعزيز الفوري: بحيث يقوم المعلمون بتوجيه تحركات المتعلمين نحو الهدف المنشود معززين كل تحرك إيجابي يستطيع فيه المتعلم اكتشاف قاعدة أو قانون ما. مما يدفع المتعلم نحو مواصلة السير في تنفيذ اللعبة بنشاط واهتمام متزايدين. (Jonson, 1987).

ويؤثر التعلم في موقف أو في شكل من أشكال النشاط في قدرة المتعلم على التصرف في مواقف أخرى أو في قدرته على القيام بأنواع نشاط آخر. إلا ان فعالية أسلوب التعلم باللعب في نقل أثر التعلم إلى مواقف تعلمية جديدة يتوقف على كل من: إتقان قواعد اللعبة (Krulik&

Rudnick 1983). والعلاقة بين الحركات: أي إدراك المتعلم لجميع التحركات التي يقوم بها أثناء ممارسته للعبة الأصلية وعلاقة تلك التحركات ببعضها البعض مما يضفي معنى للمواقف المتعلمة. الأمر الذي يسهل انتقال أثر التعلم إلى مواقف أخرى (Scheer, 1985). والتماثل في الاستراتيجيات: فكلما زادت عناصر التماثل أو التشابه بين استراتيجيات لعبة ما ولعبة أخرى جديدة زاد انتقال أثر التعلم إلى تعلم استراتيجيات اللعبة الجديدة. والرغبة في اللعب: فرغبة المتعلم في ممارسة الألعاب تؤثر بصورة أو بأخرى على انتقال اثر التعلم إلى مواقف أخرى. فإذا كان لدى المتعلم اتجاه إيجابي نحو ممارسة ألعاب معينة. فان ذلك سوف يؤدي بطبيعة الحال إلى الانتقال الإيجابي إلى مواقف تعلميه أخرى.والتنوع في اللعب ذاك ان ممارسة المتعلم لمهمة تعلميه توفرها لعبة ما في مواطن مختلفة ومتنوعة يؤدي ذلك إلى زيادة وعيه بتلك المواطن وفهمه لها الأمر الذي يسهل من انتقال أثر المهمة التعلمية إلى عدة مواقف جديدة

ويهدف الارشاد النفسي باللعب الى تحقيق الجوانب الرئيسية التالية (Thompson, et al., 2004):

- التشخيص والفهم: بحيث يلاحظ المرشد النفسي تفاعلات الشخص وكبته ومعتقداته وتعبيرات مشاعره وافكاره. ومن خلال الملاحظة العلمية الدقيقة تلك يمكنه التوصل الى فهم طبيعة المشكلة وتشخيصها.
- بناء علاقة مهنية: ومن خلال اللعب فانه يمكن للمرشد النفسي بناء العلاقة المهنية اللازمة للعمل الارشادي.
- تعلم طرق جديدة والتصرف اليومي: فالبعض يحتاج الى مهارات اجتماعية تساعدهم على التوافق مع بيئتهم تلك المهارات التي يفقدها العديد من الافراد الذين نمى لديهم الشعور بالقلق حول ادائهم اليومي.

هذا، ويمكن تحديد دور المرشد النفسي في الارشاد باللعب بما يلي:

- ايجاد جو من الحرية. يستطيع الطفل من خلاله التعبير عن مشاعره بحرية ودون خوف او وجل.
- مساعدة الطفل في تركيز مشاعره. وتطويرها من حالة توتر داخلي الى مشاعر معروفة المعاني والاتجاهات.
- الحفاظ على سرية المعلومات التي يحصل عليها المرشد.
- بناء علاقة ارشادية ايجابية تتسم بالدفء والود والتقبل حتى يشعر الطفل بالأمن والراحة. وعندها لا يستخدم الطفل دفاعاته التي غالبا ما يستخدمها في البيئة غير الامنة.

- توظيف الالعاب بما يتناسب وحالة الطفل والموقف الارشادي.
- متابعة الطفل أثناء اللعب مع الاطفال الاخرين في حالة اللعب الجماعي.
- المساعدة في اشراك الطفل في اللعب مع الاطفال الآخرين. بحيث يكون للطفل دوره الفاعل في اللعب.
- توفير الالعاب التي تتناسب والعمل الارشادي الذي يقوم به المرشد.
- فتح حوار مع الطفل بعد انتهائه من اللعب حول الشخصيات التي تمثلها العابه. وتفسير اجابات الطفل وعلاقتها بالحالة الانفعالية التي يعاني منها. وتوضيح مدى الاختلاف او التشابه بين سلوك الطفل المشكل وسلوك الاطفال العاديين.

5) لعب الادوار Roles playing technique:

ويطلق عليها احيانا بالتمثيل الاجتماعي المسرحي أو السوسيودراما Sociodrama وقد تم تطوير فنية لعب الادوار من فنية العلاج باللعب التي تستخدم مع الاطفال. على يد ميرينو Mereno لكي تتلاءم مع الكبار واستخدم ليفين Levin هذا الاسلوب كما استخدمه بيرلز Perls في العلاج الجشطالتي وفي هذا الاسلوب يتم معالجة مشكلة عامة لعدد من العملاء أو المشكلات الاجتماعية بصفة عامة. من خلال التعلم التلقائي Spontaneous learning والتي تعني ان جانبا هاما من عملية التعلم يتم عن طريق الاستجابة النشطة للمتعلم. وبالتالي لا يكون المسترشد متلقيا سلبيا بل هو فعال. ويمكنه عن طريق لعب الادوار التخلص من عوائقه واحباطاته والتعبير عن افكارة واتجاهاته وخبراته التي لا يعي بها في الغالب. وذلك عن طريق قيامه بتمثيل أدوار اشخاص آخرين او تمثيل أجزاء من ادواره في الحياة.

يمكن استخدام فنية لعب الادوار والسيكودراما والسيسودراما في حالات شعور الاعضاء انهم غير مقبولين من الاخرين.أو الرغبة في تجريب افكار واتجاهات جديدة.ولجوء الاعضاء الى الحيل الدفاعية كثيرا. أو تنمية الاستبصار بالمشكلة وطرق علاجها.

6) فنية ادارة الوقت Leisure – time technique:

هناك العديد من الانشطة الهامة جداً في حياة الفرد وتمثل نقطة انطلاق نحو عملية التوجيه والارشاد خاصة لدى الاطفال والمراهقين. ومن هذه الانشطة: الأنشطة الاجتماعية والرياضية والثقافية والموسيقية.

فالهدف الرئيسي للقيام بالانشطة الاجتماعية هو زيادة التفاعل والتعاون والترابط والتماسك بين الافراد وبناء العلاقات الانسانية الايجابية فيما بينهم. وبالتالي خفض حالات التوتر والانفعال غير السارة التي قد يعاني منها بعض افراد الجماعة الذين يشاركون هذا

النشاط. وتقوم مراكز الرعاية الاجتماعية في العديد من الدول العربية بتقديم الخدمات التربوية والعلاجية والتأهيلية والتشغيلية للاطفال الذين يعانون من اعاقات مختلفة من اجل تنمية مهاراتهم ودمجهم في المجتمع المحلي. وقد نص القانون الاتحادي بدولة الامارات العربية المتحدة رقم (6) لسنة 1977 بشأن الضمان الاجتماعي على مراعاة أوضاع وظروف المعاقين. والعمل على مساعدتهم في تجاوز سلبيات الاعاقة عن طريق انشاء مراكز الرعاية واتاحة فرص التأهيل. وتسهيل دمجهم في الحياة في الحياة.

وتمثل الانشطة الثقافية من اعداد المسرحيات وتمثيلها وقراءتها ومشاهدة الافلام محببة لدى الافراد خاصة فئتي الطفولة والمراهقة منها. وتعد من احب الانشطة للاطفال لما ينطوي على هذه الانشطة من تنمية للمعارف والمعلومات واكتساب العادات السلوكية والقيم الدينية والاخلاقية والاجتماعية. ومن خلال مشاهدة الافلام يستطيع المرشد النفسي التعرف على المشكلات النفسية التي يعاني منها الاطفال والمراهقون على حد سواء. وبعد عرض الفيلم يقوم المرشد النفسي بمناقشة احداث الفيلم مع الافراد وتوجيه الاسئلة والحوار كأن يطلب من الشخص وضع نهاية للفيلم. او استعراض فقرة منه وابداء رأيه. وقد يطلب المرشد من الشخص أن يسرد قصة ما ويسرد المرشد قصة أخرى (القصص التبادلي Mutual storytelling) بحيث يؤدي المرشد النفسي عمله مستندا الى نظريات الارشاد والعلاج النفسي والاستراتيجيات التي تتبناها تلك النظريات في ارشاد وعلاج الافراد في مثل تلك الحالات.

ويمثل وقت الفراغ الوقت الحر عند الشخص الذي لا يقضيه في اي نشاط لكسب عيشه. كما في العمل او للمعيشة كما في الاكل والنوم. وهو الوقت الذي يقضيه الفرد في ممارسة هواياته والترويح والتسلية وتجديد النشاط بالرياضة والاستجمام. والارشاد في وقت الفراغ يمثل استغلالا لوقت الفراغ الحر الذي لا يحتاجه الفرد لكسب عيشه. واستخدام نشاط وقت الفراغ في عملية الارشاد تشخيصيا وارشاديا.

ويقوم الارشاد في وقت الفراغ على مجموعة من الاسس التي تبين ضرورته الملحة حتى ينصرف الى سلوك موجه ويملأ بنشاط مخطط تبرز اهمية استغلال وقت الفراغ في عمليات الارشاد النفسي. (زهران، 2005)

- وقت الفراغ ليس وقت لهو. انه سلوك جاد ولكنه خارج عن العمل وليس اجباريا.
- وقت الفراغ ضروري للراحة والاستجمام واذا تم تنظيمه بشكل جيد. فانه يقضي على التعب والملل.
- ان الفرد لو ترك لطبيعته الخيرة لاستغل وقت فراغه في نشاط ايجابي يعود بالخير والسعادة له. لكنه قد يتعرض لعوامل بيئية واجتماعية تؤدي الى توجيه وقت فراغه نحو نشاط سلبي

هدام.

- الناس فئتان: فئة ينقصها وقت الفراغ وتعمل طوال حياتها من اجل كسب المال وهؤلاء عندما يصلون الى سن التقاعد يكونون قد فقدوا صحتهم. وهم يحتاجون بالضرورة الى توجيههم نحو اهمية وقت الفراغ وكيفية اشغاله. وفئة من الناس تعاني من زيادة كبيرة في وقت الفراغ وهؤلاء يحتاجون الى توجيه وارشاد من اجل استغلال اوقات فراغهم لما فيه منفعتهم وسعادتهم.
- ان مشكلة وقت الفراغ قد تصبح مشكلة كبيرة يجب على المجتمع ايجاد حل لها وان عدم حل مشكلة وقت الفراغ سوف تؤدي الى زيادة حالات الجناح والجريمة خاصة في اوساط الشباب. وقد اشارت الدراسات في هذا المجال ان اهتمام الدولة ورعايتها للشباب وتوفير انشطة لملء اوقات الفراغ عندهم تقلل من نسبة الجناح والانحراف لديهم.

وتتنوع انشطة وقت الفراغ لتناسب حاجات الافراد والجماعات المختلفة. وهذه الانشطة تختلف من مجتمع لآخر. نتيجة لاختلاف التراث الثقافي والاجتماعي لكل مجتمع. وقد برزت بعض انشطة وقت الفراغ في بعض المجتمعاتمن اهمها:

- **الاسترخاء**: الاسترخاء بحد ذاته مريح للاعصاب وهو هدف يسعى اليه المرشد النفسي من اجل تخليص العميل او المسترشد من التوتر والقلق الذي ينتابه. والاسترخاء والاستجمام والراحة نوعان: استرخاء ايجابي يرتبط عادة ببعض الاعمال الايجابية التي يقوم بها الفرد في وقت فراغه. مثل تنسيق حديقة المنزل أو التنزه. واسترخاء سلبي يرتبط عادة بمشاهدة البرامج التلفزيونية او الاستماع الى اجهزة الاذاعة او التسجيلات الخاصة. أو مشاهدة المباريات الرياضية.
- **التسلية**: ومن مظاهر التسلية: الترفيه، واللهو، وادخال السرور والسعادة. وممارسة بعض الهوايات كالرسم والرياضة والموسيقى. وجمع الاشياء مثل الطوابع والعملات والتحف والاثار وغيرها. او القيام برحلات ترفيهية. وكل هذه الانشطة تؤدي الى النمو الاجتماعي كما تنمي المهارات وتساعد على خفض التوتر. وتبني مفهوما ايجابيا للذات.
- **انشطة النمو الشخصي**: وتتمثل في متابعة البرامج التعليمية او الاعداد لعام دراسي قادم. والقراءات العلمية والادبية الحرةمما يحقق ذلك للفرد الشعور بالانجاز والراحة والرضا. ولعل اكثر انشطة النمو الاجتماعية اهمية هي انشطة الخدمات الاجتماعية في مساعدة الاخرين والتطوع في اعمال خيرية في مجتمعه.

ويمكن ترشيد اوقات الفراغ باستغلال اوقات الفراغ في عملية الارشاد النفسي. ويلعب المرشد النفسي دورا مهما في ترشيد وقت الفراغ. باشتراكه في الانشطة الرياضية والترفيهية والادبية او الثقافية او الدينية او غير ذلك من الانشطة التي تقوم بتنفيذها المؤسسات التعليمية التي يعمل بها من اجل المساعدة على تكامل نشاط وقت الفراغ مع انشطة الحياة اليومية للفرد وتوجيه النشاط نحو تحقيق الاهداف الارشادية في اطار السلوك الاجتماعي المرغوب فيه وبما يتفق والعادات الاجتماعية والقيم الاخلاقية والدينية السائدة في المجتمع.

ويمكن ترشيد أوقات الفراغ بعدد من الاساليب التي يمكن اتباعها تتمثل في الآتي:

- تنمية المهارات الخاصة بالقراءة والفنون والموسيقى من خلال تنفيذ المنهج الدراسي المعمول به في المدرسة.
- تشجيع المشاركة في الانشطة اللاصفية التي يشرف عليها معلمو النشاط اللاصفي في المدرسة والتخطيط لها بدقة ومهارة بحيث يسهم فيها الارشاد النفسي بشكل فاعل.
- توجيه الطلبة نحو حسن اختيار اوجه النشاط في وقت الفراغ وتدريبهم على تحمل المسؤولية والقدرة على اتخاذ القرار الصائب.
- بلورة نشاط الطلاب في اوقات الفراغ في شكل ندوات ومؤتمرات يخطط لها الطلبة ويحددون موضوعاتها ويختارون المتحدثين فيها ومن خلال النشاط الطلابي يمكن تحصيل معلومات وحقائق وتنمية مهارات واتجاهات تفيد في عملية التوافق النفسي والاجتماعي وفي بناء وتطوير العلاقات الانسانية والتفاعل الاجتماعي بشكل ايجابي.
- اعداد الرحلات الجماعية والزيارات الحرة لمناطق سياحية وانتاجية مختلفة بحيث يعزز التوجيه والارشاد المهني للطلبة.
- ترتيب مواقف وخبرات اجتماعية تفيد في الارشاد الاجتماعي من خلال نشاط اجتماعي يخطط له الطلبة بالتعاون مع مركز الارشاد في المؤسسة التعليمية كأن تتناول تلك الانشطة عادات وتقاليد المجتمع في المناسبات الدينية والقومية.

سابعاً: مميزات الإرشاد النفسي الجمعي وعيوبه:

يتيح الارشاد الجمعي فرصة أمام أعضاء الجماعة الإرشادية على تعلم مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وبناء صداقات ناجحة بين أفراد الجماعة. وأنماط جديدة من السلوك وتعلم كيفية حل المشكلات. كما يوفر الوقت والجهد والمال حيث يتم تقديم الخدمات الإرشادية لمجموعة ذات مشاكل متشابهة معا في جلسة إرشادية بالقياس الى تكلفة جلسات الإرشاد الفردي. ويساعد الفرد على تعلم الدور القيادي ودور التابع معا. فهو يعدل من سلوكه بناء على نقده

لسلوك الآخرين في المجموعة وعلى نقد الأعضاء الآخرين لسلوكه. وعليه أن يتقبل أراء الآخرين حتى لو اختلفت مع وجهة نظره هو. لذلك. فهو تارة يلعب دور القائد وتارة أخرى يلعب دور التابع. وبالتالي يتعود على الأخذ والعطاء والإحساس بالمسؤولية الاجتماعية في مقابل المسؤولية الشخصية او الفردية. ويعتبر من انسب طرق الإرشاد النفسي في حل المشكلات ذات الطابع الاجتماعي. ويفيد في تعديل اتجاهات وسلوك أفراد الجماعة الإرشادية. ويقلل من حدة تمركز العميل حول ذاته. ويوفر الفرصة لتحقيق الذات مما ينمي الثقة في النفس وفي الآخرين. كما يتيح الفرصة للفرد في ان يقيم نفسه ويصحح أخطاءه حتى يحافظ على مكانته داخل الجماعة وجاذبيته لدى أفرادها.

يقدم الارشاد الجمعي الخدمات الإرشادية إلى عدد من العملاء في وقت واحد. ويتغلب على النقص في إعداد المرشدين النفسيين. ويدرك العملاء أنهم يعانون من مشكلات. مثل غيرهم مما يخفف عنهم شدة القلق والاكتئاب. ويساعدهمفي التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم. ويؤدي بالفرد إلى أن يغير من فكرته عن ذاته. مما يهيئ له النجاح في علاقاته الاجتماعية مع الآخرين. ويساعد على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي من خلال التأثير المتبادل والتفاعل بين أفراد الجماعة.



الا انه يعاب على الإرشاد النفسي الجمعي في شعور بعض العملاء بالخجل والحرج عندما يتحدثون عن مشكلاتهم أمام الآخرين. وهذا يجعلهم يخفون مشاعرهم الحقيقية. واهتمامه بالمشكلات العامة على حساب المشكلات الشخصية لأفراد الجماعة. واعتبار العميل عضوا في جماعة تلتزم بقبول اقتراحاتهم وقراراتهم. مما يعيق تحقيق أو إشباع الحاجات الفردية له. وعدم قدرة المرشد إحداث تغييرات جذرية في شخصية العميل واتجاهاته ونظرته للحياة.

ولا يصلح استخدام الارشاد الجمعي مع الأفراد الذين يعانون من انحراف جنسي. وحالات جنسية مثلية. وحالات ضعف عقلي شديد وكذلك حالات الهوس الشديد. كما انه لا يصلح استخدامه مع بعض الحالات التي تستدعي درجة عالية من السرية والخصوصية.

ثامناً: البرنامج الارشادي الجمعي:

البرنامج الارشادي برنامج مخطط منظم في ضوء اسس علمية لتقديم الخدمات الارشادية المباشرة وغير المباشرة، فرديا وجماعيا لجميع من تضمهم المؤسسة (كالمدرسة مثلا) بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي والقيام بالاختيار الواعي المتعقل وتحقيق التوافق النفسي داخل تلك المؤسسة وخارجها ويقوم بالتخطيط للبرنامج الارشادي وتنفيذه

لقد سعت كثير من بلدان العالم والبلاد العربية إلى إدخال برامج التوجيه والإرشاد في وزاراتها ومعاهدها التدريبية وبرامجها المختلفة في تربية المعلمين. كما أدخلت بعض الجامعات العربية هذا التخصص في كلياتها التربوية. مدفوعة بالنجاح الذي حققته الجامعات الأخرى في مجال التوجيه والارشاد.

وبالنظر للظروف التي يعيشها الاطفال والمشكلات التي ينفرد بها والتي قد يعاني منها أثناء تواجده على مقاعد الدراسة. إضافة إلى العديد من المشكلات النمائية الأخرى التي يشترك فيها مع زملائه من ذوي الفئات العمرية المماثلة. فانه يحتاج إلى مساعدة من الآخرين كي يمدو له يد العون من اجتياز المراحل الصعبة التي قد يمر بها. ولعل طالبنا هذا بحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد لأنه يعاني من ظروف دراسية تتسم بالصعوبة. وبحياة أسرية قاسية أحيانا. ولأنه يجد بونا شاسعا بين آماله وطموحاته وتوقعاته وبين واقعه الحياتي الحالي.

إزاء ذلك كله لا تجد مناصا من أن تمد يد العون للآخرين كي لا تهدر جهودهم، وكي توجه إلى ما يناسبها من أداء. وأن تساعدهم في أن يؤهلوا أنفسهم بما يناسب إمكاناتهم وقدراتهم الذاتية. ويمكنك أن تقدم يد المساعدة لزملائك أفرادا وجماعات من أجل مواجهة المتغيرات الجديدة التي تطرأ عليهم. وأنت قادر بالتأكيد على مساعدتهم كي يعرفوا أنفسهم ويتفهمونها بواقعية. وكي يدركون ظروف حياتهم الحاضرة وإمكانات تطورها مستقبلا.

كل ذلك ونحن نقدم الخدمات الارشادية لمشكلات بسيطة بوسعنا القيام بها. أما عندما يشتد الصراع والاحباط والحرمان حياة بعض الناس في مجتمع من المجتمعات. ويضيق القلق عليهم الخناق. فيعيشون في وحدة وانطواء. ويتطور بهم الحال الى السلبية واللامبالاة. عندئذ يصل الحال الى المرض النفسي الذي يحتاج الى علاج نفسي متخصص. لاحظ، ان كثيرا من الناس يخطئون في تقدير مشكلاتهم واضطراباتهم وتحديد مرضهم. بل ويظن البعض منهم أن أمراضهم النفسية تلك ما هي الا امراض جسمية يمكن علاجها عند طبيب عادي. ومثل هؤلاء بأمس الحاجة الى العلاج النفسي من أجل مساعدتهم في تغيير نمط حياتهم من الضياع الى السعادة والمرح.

(8 – 1) اهمية بناء برنامج ارشادي جمعي:

وتبرز اهمية البرنامج الارشادي وحاجتنا الماسة اليه خاصة في فترات الانتقال الحرجة والتغيرات التي تحدث للاسرة، وكذلك التغير الاجتماعي والعلمي والتكنولوجي، وتغيرات العمل والمهنة ومستويات القلق والتوتر لدى الافراد. ولا بد ان نأخذ بعين الاعتبار عند النظر للبرنامج الارشادي الى النقاط التالية:

- ضرورة اتباع المنهج التنموي والمنهج الوقائي والمنهج العلاجي في الارشاد وجميع تلك المناهج تحتاج الى تخطيط واعداد مسبق خاص بكل واحد من تلك المناهج التنموية والوقائية والعلاجية في الارشاد.
- اهمية العمل على جعل الطفل متوافقا سعيدا مرحا في روضته ومدرسته وبين اهله وذويه ومجتمعه. وتقديم الخدمات اللازمة لتحقيق نموه السليم المتوافق.
- وجود تقديم خدمات الرعاية والوقاية خلال مراحل نمو الطفل المتتابعة نفسيا واجتماعيا وفيزيولوجيا.
- ضرورة التغلب على مشكلات النمو العادي لدى الاطفال كالمشكلات الانفعالية ومشكلات التوافق والمشكلات اليومية التي قد يتعرض لها الاطفال في حياتهم اليومية كالغذاء والاخراج والكلام والنوم.........الخ.
- ضرورة مساعدة الأطفال في اجتياز مراحل النمو الحرجة في حياتهم وما قد يحدث اثناءها من مشكلات خاصة عند انتقال الطفل من مرحلة الطفولة الى مرحلة المراهقة التالية.
- أهمية حل المشكلات النفسية أولا بأول حتى لا تتفاقم وتزداد حدتها وتتطور عندما لا تجد الحلول او المساعدة في حلها في الوقت المناسب.
- ضرورة التغلب على المشكلات التربوية الخاصة. خاصة ما يتعلق منها بالاطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة بفئتيها التفوق والاعاقة او التخلف. او الذين يعانون من صعوبات في التعلم.
- ضرورة مواجهة خدمات الارشاد المهني لمواجهة مشكلات الاختيار والاعداد المهني خاصة في مراحل النمو الأولى وتحديد ميول واتجاهات الاطفال المهنية وتطويرها بما يخدم التوافق المهني السليم لشباب الغد.
- أهمية الارشاد الاسري واتصال المدرسة بالأسرة وحل المشكلات الأسرية التي تؤثر على الطفل وتقديم خدمات التربية الأسرية.

(8 – 2) الأسس التي يقوم عليها برنامج الارشاد الجمعي:

الإرشاد النفسي موجود منذ القدم، وكل منا يقدم خدماته الإرشادية لأطفاله دون أن يسميها بهذا الاسم. ودون أن تأتي تلك الخدمات في إطار برنامج منظم يستند إلي أسس ونظريات وطرق محددة.

1) الأسس العامة لبرنامج الارشاد الجمعي:

يتميز السلوك الانساني بالثبات النسبي وامكان التنبؤ به، ومرونته للتعديل والتغيير وتنظيم الشخصية وبناء مفهوم ايجابي للذات عنده.

كما السلوك الإنساني سلوك فردي واجتماعي معا. مهما بدا فرديا بحتا أو اجتماعيا خالصا. وعندما يكون الفرد وحده يبدو فيه تأثير الجماعة. وسلوكه وهو مع الجماعة تبدو فيه آثار شخصيته وفرديته وينطبق الأمر على الأشخاص الذين يكون سلوكهم متأثرا بسماتهم الشخصية وبالمعايير والاتجاهات والأدوار الاجتماعية التي تؤثر فيه.

ولدى كل واحد منا استعداد للتوجيه والإرشاد استنادا إلى وجود حاجة أساسية لدينا وهي حاجتنا للتوجيه والإرشاد من مواجهة المشكلات التي نواجهها. وزملاؤك أيضا يدركون حاجتهم إلى التوجيه والإرشاد وهم لذلك يسعون إليه باقتناع. وهو أمر بالغ الأهمية. ومن أجل ذلك. لا يمكنك تقديم شيء لزملائك إذا لم يكونوا مستعدين لتقبله.

والتوجيه والإرشاد يعتبران حاجة نفسية هامة لدى الفرد. ومن مطالب النمو السوي للأشخاص إشباع حاجاتهم هذه. من كل مستويات الأفراد العاديين وغير العاديين الذين يواجهون مشكلات محددة والمتفوقون في حياتهم أيضاً وواجبنا كأخصائيين نفسيين توفير الخدمات التوجيهية والإرشادية في مراكز عملنا بحيث نساهم في تطوير زملائنا تربوياً وشخصياً كمجموعات وأفرادا.

ويعتبر حق الفرد في تقرير مصيره بنفسه من المبادئ الهامة في التوجيه والارشاد. وهو أمر يتطلب الاعتراف بقيمة الفرد وحقه في الاختيار من بين الأبدال المتوافرة لديه. والشخص العادي يختار لنفسه بديلا سليما من بين أبدال مرغوب فيها. وأنت أيضا لا تقدم لزملائك حلولا جاهزة ولكن تساعدهم في اقتراح الحلول واتخاذ القرارات بنفسه لنفسه.

إن أحد مبادئ الإرشاد الرئيسية قائمة على تقبل المرشد للطالب المسترشد كما هو ودون شروط. والمرشد لا يحقق مع المسترشد ولا يصدر أحكاما فيما يتصل بسلوك طلبته بل عليه أن يكون صبورا واسع الصدر يشعر الطالب المسترشد بالطمأنينة والتفهم. مع ملاحظة انه وان كان

يتقبل الطالب المسترشد كما هو. فانه يسعى إلى تعديل سلوكه المرضي في الاتجاه الصحيح والمرغوب فيه.

وعملية التوجيه والإرشاد مستمرة طوال حياة الفرد. وهي غير محددة بمراحل وانما تبدأ في الأسرة قبل دخول الطفل مدرسته. وتستمر على مقاعد المدرسة وفي الجامعة والمعمل. فهي مستمرة متتابعة من الطفولة إلى الكهولة. ولهذا فان العملية الإرشادية تسعى لتقديم خدمات وقائية وعلاجية من جهة وخدمات نمائية من جهة أخرى.

2) الأسس الفلسفية لبرنامج الارشاد الجمعي:

يبدأ البرنامج الارشادي من الفرد وللفرد من حيث الافادة والتطبيق. بحيث يسعى الى تحقيق رغباته ويشبع حاجاته دون خروج على ما يرسمه المجتمع الذي يعيش فيه. وما يتعارف عليه افراده من عادات وتقاليد ومعتقدات. وأن مبدأ التوجيه الذي يقوم عليخ مؤداه ان الانسان حر في تحديد اهدافه والعمل على تحقيقها. ووظيفة الموجه هو في مساعدته على القيام بذلك. بتقديم المعونة الفنية التي تحقق له الغرض الذي نشده. فالهدف من التوجيه اذن هو في مساعدة الفرد في تحقيق ذاته في مختلف المجالات عن رغبو ودون اكراه. وان يحترم الموجه حق الفرد في تحديده لأهدافه ووضع الخطط التي تحقق له تلك الاهداف.

3) الأسس النفسية والتربوية لبرنامج الارشاد الجمعي:

يستند البرنامج الارشادي على مجموعة من المبادىء والمسلمات النفسية المشتقة من دراسة الطبيعة البشرية المتمثلة فيما يلي:

- مراعاة الفروق الفردية بين الاشخاص من حيث قدراتهم واستعداداتهم ومميزات شخصياتهم.
- يوجد في داخل الفرد الواحد ألوان شتى من الاختلاف في خصائصه الجسمية والنفسية والعقلية للفرد. وانها تختلف بين كل مرحلة من مراحل النمو والمرحلة التي تليها.
- تؤثر جوانب الشخصية المختلفة بعضها على البعض الآخر. ولذلك فانه لا بد من مراعاة نمو الشخصية الانسانية مراعاة تامة حيث ان جوانب الشخصية المختلفة تؤثر على بعضها البعض.
- وفي كل مرحلة من مراحل النمو المختلفة للفرد. تنشأ لديه كثير من الحاجات التي تتطلب الاشباع. ولا بد من مراعاة اشباعها مع الاخذ بعين الاعتبار مستوى النضج عنده والاصول الثقافية والقيم الاجتماعية التي نشأ فيها وترعرع.
- تعتبر عملية الارشاد عملية تعلم. ليستفيد منها الفرد في رسم طريقه في الحياة. وتعميم ما اكتسبه من خبرة على المواقف الجديدة التي تعترض سبيله. والتحديات التي تتطلب حلا ودراية وتخطيطا.

4) الأسس الاجتماعية للبرنامج الارشادي:

يقوم البرنامج الارشادي على مجموعة من الاسس والمبادىء التربوية والاجتماعية المتمثلة في الآتي:

- يهتم البرنامج الارشادي باشباع حاجات الفرد التي تنشأ في مجالات الحياة المختلفة وفي ابعاد النمو المختلفة. وان عمليتي التوجيه والتعلم تكمل كل منهما الاخرى. بحيث تساعد عملية التوجيه على جعل عملية التعليم اكثر فاعلية. وتنبه المنهج وطريقة التدريس الى العمل على تحقيق التكيف الفردي والاجتماعي لأفراد المجتمع المدرسي.
- يستند البرنامج الارشادي الى خدمات قائمة على اسس واهداف واضحة وهي ليست جزءاى من المنهج المدرسي بل ان خدمات التوجيه تستغل المنهج والنشاط المدرسي لتحقيق أهدافها. كما تقوم بدور فعال في تعديل المنهج وتخطيط برامج النشاط بما يساعد على تحقيق اهداف التوجيه.
- ان تعاون المرشد النفسي مع المعلمين والقائمين على شؤون المدرسة من الامور الضرورية لانجاح عملية الارشاد. وتنشيط العملية التربوية بصورة عامة.
- لا بد من الاهتمام بالتلميذ كعضو في جماعة. فالى جانب الاهتمام به كفرد. تقدم له وحده خدمات التوجيه والارشاد في صورة التوجيه الفردي. نجد ان خدمات التوجيه والارشاد تهتم به ايضا باعتباره يعيش في جماعات مختلفة كالأسرة والجيران والاصدقاء والمجتمع المحلي والقومي والعالمي. ولا بد من تخطيط خدمات في التوجيه الجمعي. ومن الضروري ان يفهم الفرد دوره ووظيفته ومكانته في الجماعات والمؤسسات التي ينتمي اليها. وتعتبر عملية التفاعل بين الفرد والمجتمع هذه، هي المحور الاساسي لعملية التوجيه والارشاد النفسي.
- تعتبر المدرسة من اكثر المجالات الاجتماعية اهمية من حيث قدرتها على تقديم المساعدة للفرد سواء كان طفلا او مراهقا او شابا. وسواء عن طريق خدمات التوجيه المنظمة بواسطة اخصائيين مدربين او عن طريق تعديل المناهج وطرق التدريس وتحسين الجو المدرسي. بحيث تصدر عن هذه التعديلات عن وجهة نظر توجيهيهة.
- لا بد من مشاركة الاباء وقادة المجتمع الذي يعيش فيه التلميذ في عملية التوجيه. بحيث تؤدي هذه المشاركة الى تنسيق التعاون بين المدرسة (باعتبارها المؤسسة المسؤولة عن التربية الرسمية في الدولة) وبين المؤسسات الاجتماعية الاخرى المسؤولة عن تربية الطفل تربية غير مقصودة.

5) الأسس الفنية والأخلاقية لبرنامج الارشاد الجمعي:

هناك بعض الأسس والمبادىء مشتقة من طبيعة عملية التوجيه والارشاد ومن المجال الذي يعمل فيه المرشد النفسي تشتمل على الأتي:

- على المرشد النفسي ان يبحث مشكلة الفرد من جميع زواياها وان يستخدم كل ما لديه من وسائل وامكانيات لمساعدته على حلها.
- على المرشد النفسي ان يكون مرنا في اتباع الوسيلة التي تتفق مع حاجات الفرد وصفاته وطبيعة المشكلات التي تواجهه.
- على المرشد النفسي ان يحافظ على سر مهنته وان يضع سجلاته وتقاريرها في مكان امين. ولا يفشي اية معلومات تتعلق بالافراد الذين يوجههم الا في اطار الاجتماعات المهنية مع الاخصائيين حتى يحصل للافراد على مساعدات معينة. يحتاجون اليها كالمساعدات الاجتماعية او الطبية او النفسية.
- على المرشد النفسي ان يبذل كل جهده لكي يزيد من فهم العميل لنفسه وللعالم الذي يعيش فيه.
- على المرشد النفسي ان يساعد العميل على ان يتقبل ذاته كما هي على حقيقتها.
- ينبغي ان يكون القرار النهائي في أية عملية توجيه صادرا عن العميل وبناء على اختياره الحر وعلى مسؤوليته.
- يجب ان تتغير طرق التوجيه وفقا لحاجات العميل ومناسبتها له. ينبغي تحويل العميل الى الاخصائيين الاخرين اذا ما تطلب الامر ذلك. وان لا يتدخل المرشد النفسي او مساعديه الا بالقدر الذي يوضح فيه الفرد جميع احتمالات النجاح او الفشل لكل طريقة من الطرق المقترحة.

6) الأسس العصبية والفيزيولوجية لبرنامج الارشاد الجمعي:

ان الخصائص الفكرية للانسان والخصائص السلوكية ارتبطت بتركيبته الفسيولوجية!. ومن خلال الدراسات المستفيضة للدماغ والمكونات الاخرى للجسم استطاع العلماء اكتشاف اشياء مدهشة لدى الانسان يمكن عرضها في الآتي: (Rathus,1987):

1. الخلايا العصبية (العصبونات)Neurons:

وهي اللبنات الاساسية في تكوين الجهاز العصبي فهنالك مليارات من العصبونات في الجسم تنقل الرسائل في الجسم بأشكالها المختلفة.

2. الجهاز العصبي The nervous system:

ترتبط العصبونات لتشكل الجهاز العصبي بأقسامه المختلفة المسؤولة عن حركة العضلات، الاحساس، والوظائف الاتوماتيكية كالتنفس وافراز الهرمونات بالاضافة الى الظواهر النفسية كالافكار والمشاعر.

3. القشرة الدماغية The cerebral cortex:

وهي عبارة عن كتلة كبيرة ذات تلافيف كبيرة داخل الرأس وهذه القشرة الدماغية هي التي تميز الانسان عن غيره من الحيوانات.

4. جهاز الغدد الصم The endocrine system:

وهو يعمل عن طريق الهرمونات التي تنظم كثيرا من الوظائف تشمل النمو او غيره.

5. الوراثة Heredity:

في كل خلية من جسمك هناك مئات الالاف من الجينات وهي التي تقرر اي نوع من المخلوقات ستكون. ويشمل ذلك لون الشعر وتكوينك بأن يكون لك ارجل وأيدي أم اجنحة للطيران.

(8 – 3) الخدمات التي يقدمها البرنامج الارشادي:

هناك عدد من الخدمات الارشادية التي يقدمها البرنامج الارشادي في مختلف مراحل النمو المتتابعة. ومن ابرز هذه الخدمات ما يلي:

1) الخدمات العلاجية:

تهدف الخدمات العلاجية الى توفير جو نفسي آمن للفرد يشعر من خلاله بالدفء والاهتمام دون خوف او وجل. كما تسعى هذه الخدمات الى التغلب على المشكلات النفسية التي قد يعانون منها.

2) الخدمات التربوية:

وتسعى الخدمات التربوية الى التعرف على قدرات الافراد وتشخيص الحالات وعلاجها وتقديم البرامج التربوية الهادفة التي تتلاءم وقدراتهم واستعداداتهم.

3) الخدمات الاسرية:

تنصب الخدمات الاسرية على دراسة العلاقات بين اعضاء الاسرة الواحدة والعمل على تغييرها بما يحقق النماء الايجابي للابناء والتوافق السليم لكل اعضاء الاسرة بمن فيهم الأبوين.

4) الخدمات الصحية:

يهتم الارشاد النفسي كذلك بصحة الفرد واجراء الفحوص الدورية المتتابعة كلما انتقل من مرحلة نمائية الى مرحلة نمائية جديدة. وتعليم الشخص العادات الصحية السليمة. بتدريبه على احداث السلوكيات السوية. وتسعى مراكز الارشاد النفسي التربوي في المؤسسات التعليمية الى العمل على زيادة الوحدات الصحية التي تقوم بالعناية وحماية الافراد من اي خلل او اضطراب يصيبهم.

5) الخدمات النمائية:

كما يعنى الارشاد النفسي بتقديم خدمات الرعاية النمائية في كل مرحلة من مراحل النمو بما يحقق التوافق السليم له واتاحة الفرصة لاستكشاف البيئة من حوله والعمل على تحقيق مطالب النمو في مختلف المراحل النمائية المتتابعة.

6) الخدمات الاجتماعية:

ومن الضروري الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية للفرد واكسابه الاستجابات السلوكية الاجتماعية المناسبة لقيم وعادات وتقاليد المجتمع ومعاييره وتعديل الاتجاهات السلبية والاهتمام بالنواحي الروحية والاخلاقية من خلال تزويده بالقيم الدينية والأخلاقية.

(8 – 4) بناء البرنامج الارشادي:

إن اول عمل في البرنامج الارشادي هو التخطيط لبناء برنامج واقعي وفي حدود الامكانات المتاحة. يلبي طموحات العمل الارشادي في الحد من الاضطرابات التي يعاني منها الأطفال. تقوم لجنة الارشاد وليس شخصا واحدا. ويقوم التخطيط لبناء البرنامج الارشادي على اسس نفسية وتربوية وادارية يلبي حاجات الطفل خلال مراحل نموه وتطوره. ويتبه الخطوات التالية:

1) اهداف البرنامج الارشادي:

للبرنامج الارشادي **أهداف عامة** تتحدد في هدفين اثنين هما: **هدف علاجي** يهدف الى خفض الاضطرابات لدى الاطفال من خلال تدريبهم على استخدام بعض الأساليب المعرفية والسلوكية المتضمنة في البرنامج. **وهدف وقائي:** يكتسب الطفل بعض الفنيات المعرفية والسلوكية التي تساعدهم على مواجهة المواقف المثيرة للقلق لديهم مستقبلا.

أما الاهداف الاجرائية. فتتحقق من خلال العمل المثمر داخل الجلسات ومن خلال القيام بأداء الأنشطة داخل الجلسة. والواجبات المنزلية والتي يكلف بها الأطفال والمتعلقة بالمواقف المثيرة للاضطرابات لديهم. وعليه، فان الاهداف الاجرائية تشتمل على الآتي:

- التعرف على الدور الذي يؤديه في الحياة وما يسببه من مشكلات
- اكتساب المهارات اللازمة للتعايش بنجاح مع المواقف المتنوعة المثيرة لبعض الاضطرابات لديهم. باستخدام عدد من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تم تعلمها في البرنامج.
- التدريب على استخدام بعض الاساليب السلوكية والتي تم تعلمها أثناء تطبيق البرنامج. من اجل المساعدة في التغلب على المواقف السلبية المسببة للاضطرابات.
- التعرف على الدور الذي يؤديه الاسترخاء العضلي في خفض التوتر والاضطراب ومن ثم التدريب على استخدامه في مواجهة المواقف المثيرة لهذه الاضطرابات لديهم.

2) الوسائل والطرق لتحقيق الأهداف:

يحدد فريق الارشاد الذي يقوم ببناء البرنامج الارشاد الامكانات المتاحة والمتوفرة لبناء البرنامج الارشادي المطلوب. كما يحدد الفريق امكانية الاستعانة بخبرات الاخرين في هذا المجال سواء كان ذلك الاستعانة بالافراد او بمؤسسات الرعاية الصحية والعيادات ومراكز الارشاد في البيئة المحلية. وكذلك تحديد الاختبارات والمقاييس التي يتطلبها العمل الارشادي.

3) الفنيات التي يمكن استخدامها في البرنامج الارشادي:

يستخدم المرشدون النفسيون فنيات ارشادية يتم اتقانها من قبلهم وفقا لظروف الحالة والفنيات التي تناسبها بحيث يختار المرشد النفسي واحدة او اكثر من فنيات الارشاد النفسي التالية (بطرس، 2007):

أ. التحكم الذاتي Self control:

يهدف هذا الاجراء الى تعليم الطفل مواجهة المثيرات المسببة للضغط والافكار المرتبطة بها. ومحاولة ايقافها ثم الاسترخاء وتعزيز الذات. وتركز اساليب الارشاد ذات المنحى المعرفي السلوكي على افكار الطفل ودورها في استمرار الاضطراب. ويطلب الى الطفل ملاحظة افكاره في مواقف متنوعة مثيرة لهذا الاضطراب. ثم تعليمه كيف يغير هذه الافكار. وضع مكانها افكارا غير قلقة. فالبرنامج الارشاد القائم على المنحى المعرفي السلوكي اذن يؤكد على تعليم الطفل اولا كيف يعرف ويلاحظ تصريحات الذات المرتبطة بالقلق والمشاعر والافكار. ومتى استطاع التعرف على الافصاح الذاتي غير المتوافق فانه سيعمل على ايجاد تصريحات تساعده في خفض اضطرابه بمساعدة المرشد النفسي.

ب. التدرب على اسلوب حل المشكلات Problem solving:

التدرب على اسلوب حل المشكلات اجراء اكلينيكي تم استخدامه في العلاج السلوكي من قبل كل من دزريلا وجولدD'zurilla & Gold ويتكون من عدة خطوات تشتمل على كل من:

- تعريف المشكلة.
- تحديد الاحتياجات الخاصة بحلها.
- توليد البدائل التي يمكن استخدامها.
- تقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها.
- التحقق من النتائج.

وتشير الدراسات التي اجريت على فنية الارشاد هذه انها استخدمت بنجاح مع الاطفال. حيث تم تطوير سلسلة من مهارات حل المشكلة المعرفية المرتبطة مع سوء التوافق السلوكي. كما ان هذا الاجراء يساعد الاطفال في ادراك مشكلاتهم ومن ثم تشجيعهم على التركيز على تقديم وتقييم الحلول الممكنة المتنوعة لحل المشكلة.

ج. الواجبات المنزلية Assignment:

الواجبات المنزلية هي تلك التي كان يكلف بها الاطفال ككتابة المواقف المثيرة للقلق لديهم وما يرتبط بها من افكار واعراض مختلفة.

د. التحصين التدريجي Systematic desensitization:

يتمثل التحصين التدريجي في محاولة ازالة الاستجابة المرضية (كالخوف او القلق مثلا) تدريجيا من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض لها. وقد استخدم عدد من علماء النفس هذا الاسلوب في بحوثهم المتعلقة بالعلاج النفسي ومنهم: وولبي Wolpe، وبالفوف Pavlov وهل Hull.

الا ان هذا الاجراء يتطلب من الطفل ان يكون قادرا على تحديد الاستجابات المتعارضة مع اضطراباته ثم تقسيمها الى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب شدتها. بحيث تبدأ بأقلها اثارة لمخاوف الطفل. ثم تعريضه للمواقف المخيفة تدريجيا.

ه. الاسترخاء Relaxation:

يشير الاسترخاء الى توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. ويؤدي هذا الاجراء الى فوائد علاجية ملموسة خاصة للاشخاص الذين يعانون من القلق.

وقد اثبت هذا الاجراء فعاليته لدى الاطفال من خلال تعلمهم كيف يقللون الشعور المنفر المرتبط بالاضطراب لديهم.

و. النمذجة Modeling:

للنمذجة أهمية كبيرة في العلاج المعرفي – السلوكي حيث يتمالتركيز من خلاله على فكرة ان السلوك يمكن ان يكتسب ويتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج. فقد اشار باندورا Bandura في نظريته عن التعلم الاجتماعي أن الاطفال يتعلمون كما هائلا من السلوكيات عن طريق الملاحظة او مشاهدة الاخرين. والطفل المضطرب سلوكيا يتعلم مثل هذا السلوك من خلال ملاحظته لنمط السلوك المضطرب من الاخرين.

ز. لعب الدور Role playing:

لعب الدور احد اساليب التعلم الاجتماعي الذي يتضمن تدريب الطفل على اداء جوانب من السلوك الاجتماعي عليه ان يتقنها ويكتسب المهارة فيها. كما يعتبر لعب الدور جزءا هاما في العلاج المعرفي السلوكي للاطفال بحيث يعطى للطفل فرصة مناسبة لممارسة التعايش واختبار الحلول المتعددة لمشكلته.

ح. التعزيز Reinforcement:

يستخدم هذا الاجراء بتقديم التعزيز للطفل عند ادائه للمهارات المرغوب فيه. وقد صاغ منظروا العلاج السلوكي جداول للتعزيز المادية والمعنوية يمكن استخدامها من اجل تقوية السلوك المرغوب فيه او تعديله او صيانته كما يستخدم ايضا في اطفاء السلوك غير المرغوب فيه.

4) ميزانية البرنامج الارشادي:

وعلى فريق الارشاد ان يحدد الميزانية اللازمة لتنفيذ البرنامج الارشادي في ضوء الوسائل والامكانات الموجودة والمطلوبة والفنيات المستخدمة وما يلزم من مختبرات وأجهزة.

5) الخطوط العريضة لتنفيذ البرنامج الارشادي:

وعلى فريق الارشاد ايضا تحديد الخطوات الاساسية والاولويات وتحديد بدايات ونهايات البرنامج والمدى الزمني المستغريق لتنفيذه وذلك بهدف تجنب الانزلاق الى خطوط فرعية قد لا تؤدي الى تحقيق اهداف البرنامج الارشادي المأمولة.

وعلى القائمين على التخطيط للبرنامج الارشادي اتخاذ الاجراءات التالية (زهران، 2005):

- ضمان تعاون جميع اعضاء فريق الارشاد في المؤسسة من اجل العمل على نجاح الهملية الارشادية وتحقيق اهدافها المأمولة.

- تحديد الاختصاصات بين الاخصائيين والعاملين.
- تحديد خطة زمنية للتنفيذ وتقديم خدمات الارشاد.
- تحديد كيفية بدء عملية التنفيذ وتحديد زمن البدء بدقة وحكمة. فنجاح الخطوة الاولى في التنفيذ يتوقف عليها نجاح الخطوات التالية.
- تحديد اجتماعات دورية لفريق البرنامج الارشادي لدراسة نتائج مراحل وخطوات التنفيذ وتحديد المشكلات التي واجهتهم خلال تلك المراحل من اجل التغلب عليها في المراحل التالية واستئناف عملية التنفيذ.
- استخدام الوسائل المتطورة واتباع الطرق الحديثة في تنيفذ البرنامج.

6) إجراءات تقييم البرنامج الارشادي:

التقييم عملية نقدية هامة تكشف عن مدى فعالية البرنامج الارشادي ومدى نجاحه او فشله في تحقيق الاهداف المأمولة. وهو كذلك عملية جماعية تعاونية يشترك فيها كافة المسؤولين عن البرنامج الارشادي تخطيطا وتمويلا وتنفيذا. والتقييم كذلك عملية مستمرة وشاملة من بداية التخطيط وفي اثناء التنفيذ وحتى نهايته.

ولتقييم البرنامج الارشادي عدد من الخطوات الاجرائية التي يقوم المسؤولون عن البرنامج الارشادي باتباعها:

1. تحديد أسئلة التقييم والاجابة عنها.

- الى اي حد ثبت ان التخطيط كان موفقا؟
- هل تحققت أهداف التوجيه والارشاد؟
- الى اي حد يتكامل البرنامج الارشادي مع البرنامج العام للمؤسسة؟
- هل قامت الادارة بدورها في البرنامج الارشادي؟
- هل قامت الادارة بدورها في تنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل توافر الاخصائيون المطلوبون؟
- هل تقبل الاخصائيون البرنامج الارشادي بكليته وشموليته؟
- هل اشترك الاخصائيون كل حسب تخصصه في تنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل احترم كل من الاخصائيين تخصصه وتخصص فريق العمل المشارك في تنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل قام المعلمون — في حالة نقص المرشدين أو اي عضو في فريق تنفيذ البرنامج البرنامج الارشادي بسد النقص الحاص والقيام بواجباتهم الارشادية؟
- أي الخدمات التي قدمه المعلمون او يمكن تقديمها لتنفيذ البرنامج الارشادي؟

- كيف قام المعلمون بالخدمات الارشادية؟
- هل توافرت الميزانية المالية المطلوبة لتنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل توافر الزمن المطلوب لتنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل توافر المكان الملائم لتنفيذ البرنامج الارشادي؟
- هل توافرت الوسائل المناسبة لعملية الارشاد؟
- هل تم تنفيذ الاجراءات الفعالة في عملية الارشاد؟
- هل قدمت كل انواع الخدمات الارشادية بالكفاءة والفاعلية المطلوبة؟
- هل تمت البحوث العلمية المسحية اللازمة للبرنامج الارشادي؟
- هل تمت الاستفادة بنتائج البحوث والعمل بتوصياتها؟
- ما المشكلات التي تعرض لها البرنامج الارشادي قبل وفي اثناء وبعد التنفيذ؟
- الى اي حد امكن التغلب على هذه المشكلات؟
- الى اي حد افاد البرنامج المسؤولين عنه والعاملين فيه؟

2. تحديد معايير التقييم وتقدير حال البرنامج بالنسبة لها.

حدد كل من شيرتزر وستون (Shertzer & Stone, 2011) عددا من المعايير التي تقييم البرنامج الارشادي من خلالها وهي:

- نقص المشكلات الشخصية والانفعالية وزيادة التوافق الشخصي.
- انخفاض قلق التحصيل. وتحسين التحصيل الدراسي. ونقص التخلف الدراسي وانخفاض قلق الامتحان ونقص الرسوب ونقص التسرب.
- قلة التغيرات في الخطط التربوية والمهنية وتحقيق الاختيار التربوي والاختيار المهني الموفق.
- نقص مشكلات النظام. وزيادة الانتظام وتحسن الاتجاهات والسلوك والشعور بالأمن والاستقرار.
- شعور العملاء بالرضا عن البرنامج وعن عملية الارشاد بصفة عامة حين يشملهم جميعا ويقدم الخدمات بكفاءة ونجاح.
- رضى الوالدين وزيادة ثقتهما في البرنامج الارشاديز وتعاونهما مع المسؤولين في انجاحه.
- رضى المسؤولين عن النتائج التي يتم التوصل اليها في البرنامج الارشادي.
- زيادة استخدام الخدمات الارشادية وزيادة الاقبال عليها.
- زيادة اهتمام المسؤولين عن البرنامج الارشادي. ورتفاع الروح المعنوية وزيادة حماسهم لتحقيق المزيد من النجاح.

3. تحديد طرق التقييم ووسائله:

توجد طرق عديدة لتقويم البرنامج الارشادي يشيع استخدامها في الارشاد النفسي ومن ابرزها:

- **الدراسات والبحوث:** تجري الدراسات والبحوث المسحية لتقييم الخدمات والميزانية واسلوب التنفيذ والمشكلات.......الخ. ويستخدم في ذلك استطلاعات رأي العملاء والعاملين واولياء امور الاطفال وغيرهم من افراد المجتمع.
- **مقارنة طرق الارشاد المختلفة:** على الرغم من ان كل الطرق تؤدي الى التوافق الا انه من المستحسن مقارنة كل الطرق لتحديد اي تلك الطرق تناسب الحالة التي نحن بصدد تطبيق البرنامج الارشادي عليها.
- **دراسة التغييرات السلوكية:** يمكن التعرف على مدى التغير الذي احدثته خدمات البرنامج الارشادي لدى الاطفال الذين تلقوا خدمات البرنامج الارشادي عن طريق اجراء المقارنات القبلية والبعدية للتغيرات السلوكية باستخدام جداول ملاحظة السلوك والاختبارات والمقاييس التي تمت الاشارة اليها في صفحات سابقة.
- **متابعة النجاح الفعلي للعملاء:** يمكن التأكد من نجاح البرنامج الارشادي عن طريق متابعة الحالات التي تلقت خدمات البرنامج الارشادي والتأكد من مدى الفائدة التي تحققت لهم ومدى التغير الذي احدثه البرنامج الارشادي في حياتهم الشخصية وتعليمهم.
- **رأي العاملين:** يمكن استخدام التقويم الذاتي لمدى نجاح البرنامج الارشادي مع العاملين فيه. والذين يمتلكون القدرة على النقد الذاتي البناء. ونقد الامكانات ونظام العمل كفريق في البرنامج الارشادي.
- **رأي العملاء:** يؤخذ رأي العملاء باعتبارهم اصحاب المصلحة الحقيقية فينجاح البرنامج. والذين يقدرون مدى فاعلية البرنامج ومدى الفائدة التي تحققت لهم منه.

4. تحليل عملية التقييم وتفسيرها:

يمكن تحليل عملية التقييم في البرنامج الارشادي من خلال جمع المعلومات اللازمة لذلك عن طريق استخدام جداول الملاحظة وتطبيق الاختبارات والمقاييس قبل وفي اثناء وبعد تنفيذ البرنامج الارشادي. واجراء المقارنات بين مراحل التطبيق المختلفة باستخدام الاساليب الاحصائية الخاصة بذلك. ويمكن للعاملين في البرنامج الارشادي التأكد من مستويات الدلالة الاحصائية باستخدام اختبار (ت) لفحص الفروق في الأداء ودلالته فيما اذا كانت الفروق(Thompson, et al.; 2004): ليست لها دلالة احصائية (غير دالة)، او لها دلالة احصائية (عند 0.05 فقط)، لها دلالة احصائية كبيرة (عند 0.01)

5. **اقتراح خطوات تقويم وإصلاح:**

من اجل تدعيم البرنامج الارشادي او تطويره وتعديله في ضوء ما تفرز عنه نتائج عملية التقويم.

(8 – 5) نموذج مقترح لبرنامج ارشادي:

صاغ كل من شو وتويل Shaw & Tuel نموذجا لبرنامج ارشادي من ستة اختبارات عملية مشتقة من ثلاثة اسئلة رئيسية هي: من؟ متى؟ وكيف؟ وقد اشتمل هذا البرنامج على بعدين رئيسين هما(زهران، 1998):

- **البعد الرأسي:** ويتراوح بين التركيز غير المباشر والتركيز المباشر.
- **البعد الافقي:** وهو بعد نمو الشخصية وفيه توجد خدمات البرنامج نحو كل منالوقاية الانتقالية (التعرف المبكر) والتشخيص والعلاج. وتوضح المزاوجة بين بعدي البرنامج الارشادي الاطار العام لنموذج برنامج الارشاد النفسي وهو على النحو التالي:

1. **مستوى التركيز غير المباشر (لتعديل البيئة):** فيتحسين المناخ التربوي كخدمة وقائية عامة لجميع التلاميذ. ورعاية تلاميذ يتم اختيارهم ممن يحتمل انهم يعانون من صعوبات في التعلم او يعانون من انحراف ما. كخدة وقائية انتقالية للتعرف المبكر.العلاج البيئي مع الاهتمام بالاشخاص المهمين كالوالدين. وانشاء فصول خاصة مثلا كخدمة تشخيص وعلاج المرضى.
2. **مستوى التركيز المباشر (المستوى الشخصي):** فيبرنامج صحة نفسية للوقاية العامة لجميع التلاميذ. وارشاد تلاميذ مختارين كوقاية انتقائية عن طريق التعرف المبكر عليهم. وعلاج نفسي للذين يحتاجونه.

وقدم بطرس (2007) نموذجا لبرنامج ارشادي يهدف الى خفض مستوى الاضطرابات النفسية عند الاطفال. يمثله الجدول رقم: (6: 1)

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفنيات السلوكية	الفنيات المعرفية
الأولى	التعارف بين المرشد والاطفال	1	50 دقيقة	التعزيز	
الثانية	عرض محتوى البرنامج	1	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
من الثالثة وحتى السادسة	الاضطرابات النفسية في مواقف الحياة اليومية	4	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة	الواجبات المنزلية الافصاح الذاتي

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عدد الجلسات	مدة الجلسة	الفنيات السلوكية	الفنيات المعرفية
السابعة	التدريب على الاسترخاء	1	50 دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية الافصاح الذاتي
الثامنة	الحوار الذاتي ودوره في المواقف المثيرة للاضطرابات النفسية	1	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
التاسعة	تعديل الحديث الذاتي السلبي الى حديث ذاتي ايجابي	1	50 دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية الافصاح الذاتي
العاشرة والحادية عشرة	تنمية اسلوب حل المشكلة للتحكم في الاضطرابات النفسية	1	50 دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	الواجبات المنزلية اسلوب حل المشكلات
الثانية عشر والثالثة عشر	التقييم والمكافأة الذاتية ودورها في التحكم في الاضطرابات النفسية	2	50 دقيقة	لعب الدور النمذجة والتعزيز/ تدريب الاسترخاء	تقييم ومكافآت الذات الواجبات المنزلية
الرابعة عشر والخامسة عشر	تقديم خطة التغلب على الاضطرابات النفسية	2	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز	الواجبات المنزلية
السادسة عشر	التحصين التدريجي	1	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز التحصين التدريجي	التحكم الذاتي
من السابعة عشر الى السدسة والعشرين	تقديم التحصين التدريجي	1	50 دقيقة	لعب الدور والنمذجة والتعزيز التحصين التدريجي	التحكم الذاتي
السابعة والعشرين	الجلسة الختامية	1	50 دقيقة	التعزيز	
الثامنة والعشرين	جلسة التقييم	1	50 دقيقة	التعزيز	

مراجع الوحدة الثالثة

المراجع العربية:

- بطرس، بطرس حافظ (2007). **ارشاد الأطفال العاديين**. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع.
- بنات، سهيلة محمود. (2014). الارشاد الجمعي. عمان: المكتبة العامرية.
- الرشيدي، بشير صالح، والسهل، راشد على (2000): مقدمة في الارشاد المهني. العين: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- زهران، حامد عبد السلام (2005): التوجيه والارشاد النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- زهران، حامد عبد السلام (1998). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب.
- سعفان، محمد (2006) الارشاد الجمعي. القاهرة: دار النهضة.
- شطي، دونالد وبلقيس، أحمد (1989): القائد التربوي واغناء المنهاج. الأونروا / اليونسكو. الأردن يوليو.
- شو، مارفن. (1986). ديناميات الجماعة: دراسة سلوك الجماعات الصغيرة. ترجمة مصري حنورة ومحي الدين احمد حسين. القاهرة: دار المعارف.

المراجع الأجنبية:

- Corey, G. (2005). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. U.S.A. Thomson, Brooks/Cole.
- Forsyth, D.; (1999). Group dynamics. Boston: Brooks/Cole. Wadsworth. An International Thomson publishing company.
- Gazada, G.;(**2008**) Group counseling: A developmental approach, Boston: Allyn & Bacon.
- Johnson, D., & Johnson, F.; (**2009**). Joining together: Group theory and group skills. Boston: Allyn and Bacon.
- Krulik, S. & Rudnick, J. ;(1983) A Strategy Gaming and Problem Solving - An Instructional Pair whose Time has Come.. Arithmetic Teacher, Vol. 31, No. 4, Dec.
- Maletsky, E. M. ;(1982) Problem Solving for the Junior high School. Arithmetic Teacher.Vol. 29, No. 6, Feb.
- Nelson – Jones,R.; (2006). Theory and practice of counseling therapy. London: Sage Publications.
- Rathus, S. A.;(2002) Psychology In the millennium. New York: Hartcourt college publishers.
- Shertzer, B. & Stone, Sh.;(2011) Fundamentals of Counseling (2nd ed). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Thompson, Ch. L.,Rudolph, L., & Henderson, D. A.; (2004) Counseling children. Astralia: Thomson: Brooks/ Coole.
- Wallace D. B.;(1990) Gifted and construction of a creative life. In F. D.Horowitz & M. O'Brien (Eds). The gifted and talented: Developmental perspective. Hyattsvlle, MD: The American psychological association.

الوحدة الرابعة

الإرشاد النفسي في الطفولة



الوحدة الرابعة
الارشاد النفسي في الطفولة

أولاً: المقدمة:

(1 – 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: اهلا بك في الوحدة الرابعة من هذا المؤلف والذي يبحث في مشكلات النمو من الخلق وحتى نهاية مرحلة الطفولة واساليب الارشاد فيها حيث يقرر بعض الازواج في كثير من الاحيان عدم انجاب اطفال لبعض الوقت بعد زواجهم اما لاسباب مالية. او لمجرد انهم يريدون ان يستمتعوا بوقتهم متحررين من القيود العائلية. الا ان هذا القرار غالبا ما يكون غير حكيم اذا لم تكن وراءه اسباب مالية قاهرة. وقد دلت التجارب انه نادرا ما يكون الامر كذلك. واذا كان من غير المتوقع ان يؤدي مجيء طفل الى توثيق الروابط بين زوجين تقوم بينهما خلافات. فلا شك بان انجاب اطفال سوف يكون له اثر كبير في توثيق عاطفة الحب بين الوالدين.

تتألف هذه الوحدة من خمسة أجزاء يبحث الجزء الأول منه في المرحلة الجنينية وأساليب الارشاد فيها من حيث نمو الجنين وحقوقه، ورعاية الأم الحامل وحقوقها. ويبحث الجزء الثاني في مرحلة المهد وسلوك الطفل حديث الولادة، وتنظيمه للخبرات الحسية. ويبحث الجزء الثالث في مرحلة الطفولة المبكرة ودور معلمة الروضة في تطوير ادراكه الحركي، وأساليب ارشاده. أما الجزء الرابع فيبحث في مرحلة الطفولة المتوسطة ودور المرشد النفسي المدرسي في التعامل مع مشكلاته. وأخيرا يبحث الجزء الخامس في مرحلة الطفولة المتأخرة في مشكلات التكيف المدرسي وأساليب الارشاد فيه.

(1 – 2) اهداف الوحدة:

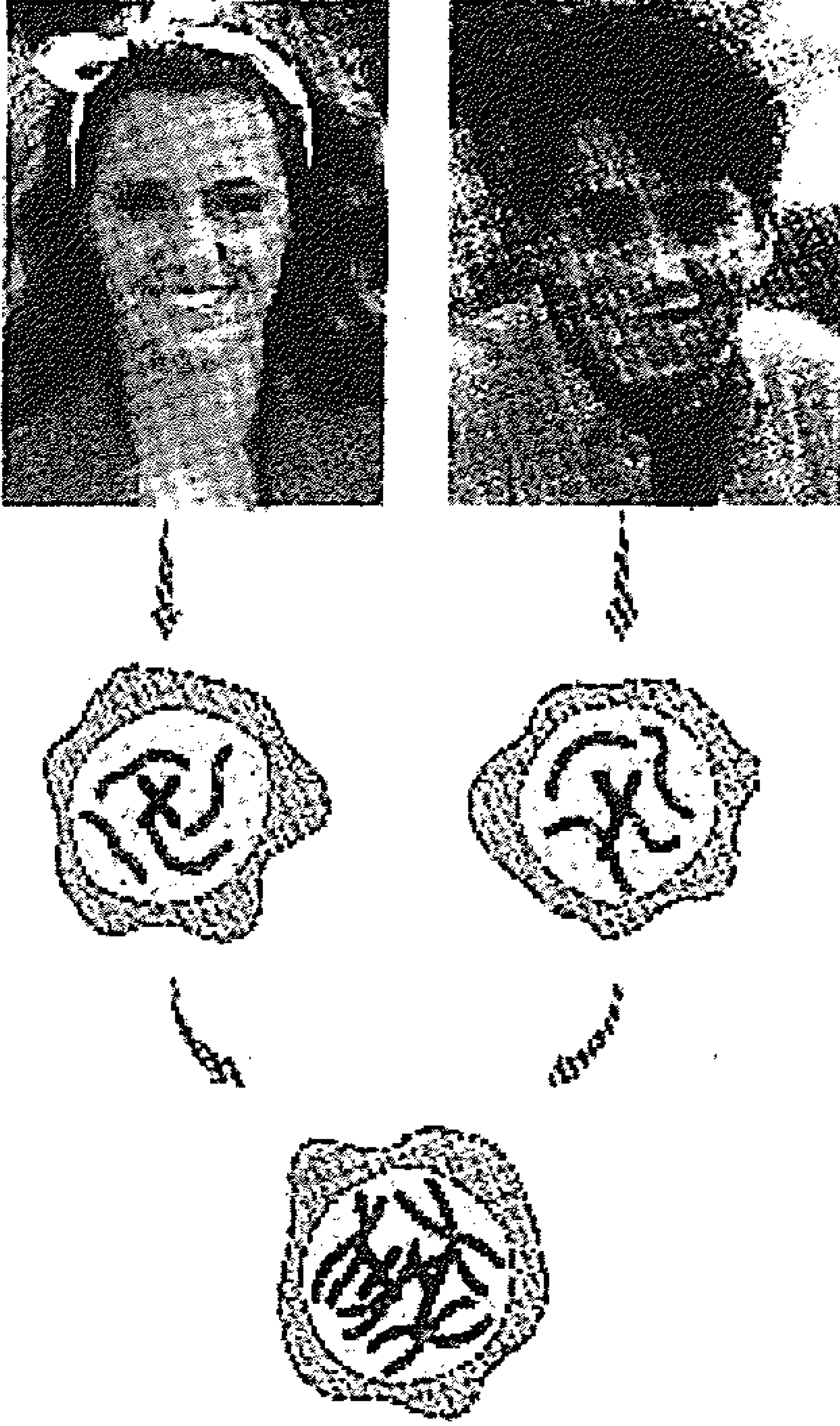
عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادرا على أن:

1. توضح أساليب رعاية الام الحامل.
2. تحدد حقوق الجنين والأم الحامل.
3. توضح الخصائص النمائية للطفل حديث الولادة.
4. توضح قدرة الوليد على التعلم.
5. تبين دور معلمة الروضة في تطوير مظاهر النمو المختلفة لدى الطفل.
6. توضح اساليب التفاعل بين الوالدين والطفل.
7. توضح تطور العلاقات بين الاطفال.
8. تحدد اهداف الارشاد في مرحلة الطفولة.
9. تبين دور المرشد النفسي في التعامل مع مشكلات الاطفال.

ثانياً: المرحلة الجنينية وأساليب الارشاد فيها:

(2 – 1) نمو الجنين:

1) التكوين الأساسي للخلية:



تبدأ حياة الإنسان حينما يتحد واحد من حوالي 360 مليون حيوان منوي من الأب مع بويضة من الأم مكونين خلية واحدة ملقحة تسمى الزيجوت أو اللاقحة (النطفة). وتكون البويضة والحيوان المنوي بواسطة خلايا تكاثر تعرف بالخلية الجرثومية. ولاحظ كيف يتم اختزال الخلايا الذكرية والخلية الأنثوية لتشكلان معا الخلية الملقحة (الزيجوت) (Halonen & Santrock, 2007)

وجوهرالجسم الإنساني بناء خلوي. حيث تؤلف الخلايا بدورها الأنسجة ثم الأعضاء. ويبلغ عدد الخلايا في جسم الإنسان حوالي 15 تريليون عند الولادة (التريليون Trillion هو رقم مؤلف من واحد والى يمينه 12 صفرا). تنتج من انقسام خلية واحدة هي الخلية الأصلية المخصبة (النطفة) التي تبدأ بها حياة الإنسان. وكل خلية من خلايا الجسم سواء أكانت من خلايا العظام أم العضلات أم الجهاز العصبي أم غيرها لها نواة Nucleus عبارة عن كتلة داكنة اللون تحتوي على الكروموسومات أو الصبغيات Chromosomes وهي أبنية بيولوجية على هيئة شريط أو خيط. وتسمى الوحدات الوظيفية التي تؤلف الصبغيات (الكروموسومات) الجينات أو المورثات Genes وهذه المورثات مسؤولة عن تكوين بروتين الجسم الذي يؤثر في نشاط الخلية. بالإضافة إلى أنها هي المسؤولة عن توجيه التغيرات التي تطرأ على الجسم ونموه. (ملحم، 2013)

تحتوي كل خلية من خلايا الإنسان على ستة وأربعين كرموسوم. ويتلقى كل من البويضة والحيوان المنوي من الخلايا الجرثومية نصف العدد الكلي فقط للكروموسومات. أي ثلاث وعشرون كروموسوما. وبالتالي، فانه عندما يتحدان فان الزيجوت يحتوي على العدد الكامل للخلية أي ست واربعون كروموسوم. وترتب الكروموسومات الست وأربعون الموروثة من الأم والأب في ثلاث وعشرين زوجا ويأتي كروموسوم واحد من كل زوج من الأب في حين يأتي الآخر من

الأم. كل زوج له حجم وشكل مميز. وتتشابه أزواج الكروموسومات الاثنين والعشرين الأول تقريبا. أما الزوج الثالث والعشرون وهو الذي لا يتشابه دائما فانه يحدد جنس المولود.

يتكون كل كروموسوم من حوالي (3000) جزيء من سكر الكربون لكل منها أساس بروتيني. وبعد الاتحاد (عملية الاخصاب) تصبح الخلية المخصبة تحمل 46 كروموسوم. وكل كروموسوم يحمل أكثر من 50000 جين وتتقابل الجينات الذكرية والانثوية مع بعضها البعض بحيث يؤدي كل زوج منها وظيفة واحدة بالنسبة للكائن الحي (Owens, 2002). وتوجد أربعة أنواع من هذه الأسس البروتينية تؤلف الجزيئات الفرعية لهذه المادة. وتتشكل هذه العناصر على هيئة سلالم لولبية حلزونية مزدوجة يبلغ عددها بضع مئات من المورث الواحد. وتصنف الأسس الأربعة التي يتكون منه DNA الى فئتين: اثنان منها أكبر حجما من نوع البيورين Purina (وهي مركبات بيضاء متبلورة) يسميان الأدنين Adenine والجوانين Guanine والآخران اصغر حجما من نوع البيريميدين Pyridine ويعرفان بالثيمين Thiamin والسيتوزين Cytosine. ويمسك اثنان من هذه الجزيئات الفرعية. أحدهما من المجموعة الكبرى والآخر من المجموعة الصغرى. معا جزيئين من جزئيات السكر. ويقع الآخر عند الحافة الأخرى. بحيث تؤلف الأسس البروتينية الأربعة درجات هذا السلم.

يعتبر الجين الوحدة الأساسية للوراثة. وتتكون الجينات من مادة كيميائية معقدة وهي الحمض النووي المعروف باسم Deoxyribonucleic acid أو (DNA) ويقدر حجم جزيء DNA بسمك لا يتجاوز 20 وحدة انجستروم وله بناؤه الأساسي بالإضافة إلى عدد من الجزيئات الفرعية. وتتحكم في إنتاج المواد الكيميائية التي تسمى البروتينات. وتكون البروتينات البنائية الدم، نسيج العضلات، الأعضاء والأنسجة الجسدية الأخرى. وهناك نوع آخر من البروتين وهو الأنزيمات. وتتحكم في التفاعلات الفيزيقية -- الكيميائية داخل الجسم. ويزداد عدد الخلايا في الجسم الإنساني عن طريق الانقسام الفتيلي Mitosis وفيه يحدث أولا أن يزداد عدد أزواج الصبغيات في الخلية الواحدة إلى الضعف. وينتج عن ذلك ان تنقسم هذه الخلية إلى خليتين يستقل كل منها بمجموعة كاملة من أزواج الصبغيات. ولهذا يطلق على هذا النوع الانقسام غير المباشر. (وهو يختلف عن انقسام النطفة أو الخلية التناسلية الذي يحدث بطريقة مختلفة ويسمى الانقسام النصفي).

يرث كل واحد منا العديد من الخصائص النوعية ولكل خاصية أو وظيفة جينات خاصة. وتكون لهذه الجينات أماكن محددة على الكروموسومات تسمى مواضع وحينما تتحد البويضة والحيوان المنوي فان الزيجوت يتسلم من كل من الأبوين جينا واحدا لكل موضع على الكروموسوم. ويقال ان الجينات التي توجد على الكروموسومات الجنسية (الزوج الثالث والعشرون) مرتبطة بالجنس حيث أنها تنتقل بطريقة مختلفة إلى كل من الذكور والإناث.

تفرز الأنثى البالغة الصحيحة جسميا من المبيضين في قناة فالوب بويضة تامة النضج كل 28 يوم (كل اربعة أسابيع) على وجه التقريب. فإذا اتصلت بالحيوانات المنوية التي تفرزها خصيتا الرجل أثناء الاتصال الجنسي. ونجح أحد هذه الحيوانات المنوية من أصل 240 – 250 مليون حيوان منوي يقذفها الرجل في المرة الواحدة (شكل رقم:) في اختراق جدار خلية البويضة القادمة من أحد المبيضين عبر قناة فالوب في طريقها الى الرحم مدفوعة بحركة الأهداب وتقلص عضلات القناة (شكل رقم) خلال ثلاثة أيام من الجماع يحدث الحمل. يحدث الحمل. (Barraga, 1992)

وكل من البويضة (الأنثوية) والحيوان المنوي (الذكر) من نوع الخلايا. إلا أنها خلايا من نوع خاص. تختلف من حيث البنية وطريقة الانقسام عن الخلايا العادية. ومن اجل ذلك فقد أطلق عليها العلماء اسم الخلايا التناسلية أو الخلايا الجرثومية Gamete. وورد اسمها في القرآن الكريم (النطفة) بقوله تعالى: ﴿أَوَلَمْ يَرَ الْإِنْسَانُ أَنَّا خَلَقْنَاهُ مِنْ نُطْفَةٍ فَإِذَا هُوَ خَصِيمٌ مُبِينٌ﴾ (يس:77)

تنشأ النطفة عند كل من الذكر والأنثى من الخلية الأولى التي تبدأ منها حياة الانسان. والتي تكون مؤلفة (كاي خلية عادية) من 46 صبغية (23 زوجا من الصبغيات) ولكنها تنتج بطريقة الانقسام النصفي Meiosis. حيث يتم بها انقسامان متتابعان في الخلية. وتتكرر عملية الانقسام هذه تبعا لمتوالية هندسية (2، 4، 8، 16 .... وهكذا) بحيث يوجد لدى الانسان الراشد حوالي 26 بليون خلية. وبها يتم اختزال عدد الصبغيات من ثنائية الصبغيات (أزواج) إلى أحادية الصبغيات (صبغيات منفردة). وهذا يعني ان كل زوج من الصبغيات في الخلية الأصلية ينفصل. فيتوجه كل صبغي من الصبغين إلى إحدى الخليتين الجديدتين. وينتج عن ذلك أن تتألف كل خلية من 23 صبغية فردية فقط. وهذا هو التكوين الأساسي للنطفة. سواء كانت ذكرية (حيوان منوي) أو انثوية (بويضة). إضافة إلى ذلك، فانه قبل انفصال الصبغيات وتوزيعها على الخلايا الجديدة يحدث الكثير من العمليات الوراثية من أبرزها:

- **التبادل Exchange**: في جزيئات حامض DNA مما يؤدي الى حدوث شفرة وراثية جديدة. وتكون نمط وراثي جديد داخل النطفة يكون خليطا من الإسهام الوراثي لكل من الوالدين. كما انه لا يتطابق تماما مع ما لدى أي منهما.
- **التقاطع Cross over**: وفيه تحل مورثات أحد ثنائي الصبغي محل مورثات الثنائي الآخر. وتسمى هذه الحالة أحيانا العبور.
- **القفز Jumping**: وفيه تتحرك المورثات من موضع إلى آخر داخل الصبغيات وتؤدي إلى تعديل آثار مورثات أخرى.
- **الطفر Mutation**: وفيه تمر المورثات بتغيرات تلقائية تنتقل من جيل إلى آخر بعد ذلك.

وحين تتصل النطفة الأنثوية (البويضة) بالنطف الذكرية (الحيوانات المنوية) وينجح أحدها في اختراق جدار خلية البويضة يحدث الحمل Conception وفي هذه العملية تندمج نواتا الخليتين لتصبحاأول خلية في حياة الإنسان. وهذا يسمى الإخصاب Fertilization وإخصاب البويضة بالحيوان المنوي يحدث عادة في قناة فالوب. وبعد الإخصاب مباشرة تبدأ الخلية الجديدة رحلتها إلى الرحم. ويسمي علماء الأجنة والوراثة الخلية المخصبة Zygote أي الزيجوت أو اللاقحة. والأصح استخدام التعبير القرآني الكريم (النطفة الأمشاج). بقوله تعالى: ﴿إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَبْتَلِيهِ فَجَعَلْنَاهُ سَمِيعًا بَصِيرًا﴾ (الإنسان:2).

والنطفة الأمشاج (البويضة المخصبة أو الزيجوت أو اللاقحة) لا يزيد طولها عن 1/ 10 من المليمتر. ولا يزيد وزنها عن جزء من المليون من الجرام. ويحيط بها الماء كما يكون الماء الجزء الأكبر منها. ومن هنا كانت تسميتها في القرآن الكريم بالماء المهين. بقوله تعالى: ﴿أَلَمْ نَخْلُقْكُمْ مِنْ مَاءٍ مَهِينٍ (20) فَجَعَلْنَاهُ فِي قَرَارٍ مَكِينٍ (21)﴾ (المرسلات: 20 – 21). ويمتد هذا الطور من اللحظة الأولى للحمل وحتى اليوم السادس أو السابع من بدايته. وخلال الأيام الثلاثة الأولى من الحمل تصبح النطفة الامشاج مؤلفة من 16 خلية. وتأخذ عندئذ شكل ثمرة التوت. ولذلك يطلق علماء الأجنة على هذا الطور "طور التوتة Morula " وطوال الفترة السابقة تتحرك النطفة الأمشاج متنقلة من قناة فالوب في المبيض متجهة نحو الرحم. تدفعها الشعيرات الدقيقة Cilia الموجودة بقناة فالوب حتى تصل الى الرحم بالفعل. وخلال هذه الفترة يكمل باطن الرحم استعداده لاستقبال النطفة الأمشاج. وذلك بزيادة عدد الأوعية الدموية والنظم الغددية في جدار الرحم حتى يصبح أملس على نحو يسمح ببقاء النطفة والتصاقها بجداره. بحيث تتلقى غذاءها منه. وإذا لم يتم الرحم استعداداته لاستقبال النطفة الأمشاج فإنها تسقط مع أول دورة شهرية (حيض) الأم.

وعندما تدخل النطفة الأمشاج (أو التوتة) الرحم. فانه يطرأ على شكلها تغير جوهري وذلك بسبب دخول السائل الموجود في تجويف الرحم الى النطفة الأمشاج. فتبدأ بالتجويف. وفي اليوم الخامس من الحمل تتحول النطفة الأمشاج الى ما يسمى بالكرة الجرثومية Blastula بحيث تصبح النطفة الأمشاج كالكرة من حيث الشكل الخارجي والفراغ الداخلي الذي يملؤه جزء من السائل الدقيق في التجويف الرحمي.

وحين تلتصق العلقة بجدار الرحم تبدأ عملية التغذية وهو ما لم يكن موجودا في الطور السابق. حيث كان تكاثر النطفة الأمشاج. وطوال فترة الأيام الستة الأولى من حياة الجنين عن طريق الانقسام. إلا أن طور العقلة لا يتجاوز قطره أجزاء من الميللمتر. ويمتد طور العلقة لمدة أسبوع. وبنهايته يكون الجنين قد بلغ من العمر 15 يوما تقريبا. وعندما تلتصق العقلة بجدار الرحم في اليوم السابع من الحمل تقريبا يمكن لها الاستمرار في الحياة. بسبب التغذية التي تأتيها

من الرحم. وفي هذه الفترة الحرجة من الحمل يتم إفراز هرمون يمنع الأم من إفراز العادة الشهرية ويتوزع على جسم الأم كله ويظهر في البول. وبظهوره تكون علامة إيجابية على الحمل في الاختبارات التي يجريها الأطباء. وبالتالي، تهيئة الرحم الذي تلتصق به العلقة على نحو أفضل. بقي ان نشير هنا إلى أن الفقه الإسلامي قد حدد عدة المرأة بالفترة التي يمكن ان يحدث فيها الحمل مع وجود.

يبدأ طور المضغة في الاسبوع الثالث من الاخصاب بعد تعلق الكرة الجرثومية بالرحم حيث تتكون كتل داخلية من الخلايا نتيجة نشاط ما يسمى الشريط الأولى Primitive steak ويؤدي تمايز هذه الطبقات الى ظهورها الى ظهور ما يسمى الكتل البدنية Semites التي تبدأ بالتكثف حول المحور ثم تنمو بسرعة على جانبيه. وتلامس الشق العصبي Neural groove وتبدأ هذه الكتل في الظهور من أعلى بعد انقضاء ثلاثة أسابيع تقريبا على الحمل. وتظهر منها أولا كتلتان: واحدة على كل جانب. ثم يتوالى ظهورها تباعا.

ومع نهاية الشهر الأول من حياة الجنين تتمايز هذه الكتل إلى ثلاث طبقات هي:

- **الطبقة الخارجية Ectoderm:** والتي منها ينمو بعد ذلك الجلد وأعضاء الحس والجهاز العصبي.
- **الطبقة الداخلية Endoderm:** والتي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الهضمية والتنفسية والغدية.
- **الطبقة المتوسطة Mesoderm:** التي منها تنمو فيما بعد الأجهزة الدورية والإخراجية والعضلية

يبدأ طور المضغة من أوائل الأسبوع الثالث من حياة الجنين ويمتد حتى نهاية الأسبوع السادس من عمره. تظهر خلالها الكتل البدنية المشار إليها أعلاه. والتي يبلغ عددها من 42 – 45 زوجا. لتعطي للجنين شكل اللحم الممضوغ. وتنمو المضغة من كتل كبيرة من الخلايا خلال فترة قصيرة لا تتجاوز ستة أسابيع إلى طفل مصغر. ويتكون في الطبقة الخارجية أربعة أغشية تهيئ للمضغة النمو. وأحد هذه الأغشية هو الكيس الأميني Amniotic sac وهو عبارة عن كيس ماء (سائل ملحي يحيط بالمضغة) محكم يحيط بالمضغة ويمتلئ بالسوائل التي تصل إليه من أنسجة الأم. ووظيفته حماية المضغة النامية من الإصابة. ومن آثار الجاذبية. والمحافظة على درجة حرارة دافئة ثابتة يقوم بإحداثها جسم الأم. وتهيئة بيئة عديمة الوزن تسهل حركة الكائن النامي وتساعده على تدريب أجزاء الجسم النامي. ويطفو بجانب المضغة الصغيرة كيس ممتلئ بصفار البويضة على شكل بالونة ينتج خلايا دموية للمضغة. ويظل يعمل حتى تستطيع المضغة إنتاج خلاياها الدموية. كما يتصل هذا الكيس بغشاء ثالث هو المشيمة Chorine التي تحيط بكل من

الغشاء الأميني والمضغة. وأحد جوانب كيس المشيمة مغطى بأبنية أشبه بالجذور أو الزغب تقوم بعملية دمع الغذاء للكائن من أنسجة الرحم. وهذه المنطقة تتحول بالتدريج إلى باطن المشيمة. أما الغشاء الرابع فيسمى Allantoisis ويؤلف الحبل السري والأوعية الدموية في المشيمة.

وخلال مرحلة المضغة يحدث النمو بمعدل فائق السرعة. فبعد أسبوعين من الإخصاب يتحول جزء من طبقة المضغة الخارجية إلى أنبوب عصبي سرعان ما يصبح الرأس والمخ والنخاع الشوكي. ومع نهاية الأسبوع الثالث يتكون قلب بدائي وأوعية دموية. وفي الأسبوع الرابع يبدأ القلب في النبض دافعا الدم خلال الشرايين والأوردة الصغيرة في المضغة. وتتشكل العينان والأذنان والأنف والفم. وفي الأسبوع الخامس تنشأ فجأة براعم صغيرة تتحول إلى الذراعين والساقين ثم تنمو في الاتجاه من الوسط الى الأطراف (من الداخل إلى الخارج) ويتبع ذلك نمو السيقان بعد عدة أيام.

وبعد شهر من الإخصاب لا يزيد طول المضغة عن ربع بوصة ولكن حجمها يزيد على حجم اللاقحة أو النطفة الأمشاج التي تطورت بمقدار عشرة آلاف مرة. ولن يتعرض الإنسان في حياته بعد ذلك لأي معدل في النمو أو يتغير بمعدل من السرعة يصل إلى هذه الدرجة بحال من الأحوال (Berk, 2007).

يقضي الفرد تسعة أشهر في مراحل الجنين الاولى داخل بطن امه ثم يخرج الى الحياة.

قال تعالى: ﴿هَلْ أَتَى عَلَى الْإِنْسَانِ حِينٌ مِنَ الدَّهْرِ لَمْ يَكُنْ شَيْئًا مَذْكُورًا (1) إِنَّا خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ نُطْفَةٍ أَمْشَاجٍ نَبْتَلِيهِ فَجَعَلْنَاهُ سَمِيعًا بَصِيرًا (2)﴾ (الإنسان: 1، 2)

وتعتبر الولادة حدثا هاما. نظرا للتأثيرات التي يتعرض لها الوليد في أثنائها. فبعد أن ظل الجنين في بطن أمه تسعة أشهر تكون المرأة الحامل قد تهيأت جسميا ونفسيا لعملية الولادة. فيزداد نشاط الغدة النخامية التي تقوم في هذه الفترة بافراز هرمون أوكسيتوسين Oxytocin الذي يساعد على تقبض عضلات الرحم. ويزداد نشاط وفعل المبيضين بصفة خاصة. والتي تفرز هي ايضا هرمون الاستروجين مما يعد المرأة لعملية الولادة.



2) عملية الولادة:

في نهاية الأسبوع الأربعين من حياة الجنين، يبدأ استعداد الأم للولادة. وكذلك استعداد الجنين للخروج الى عالم آخر غير العالم الذي كان فيه طوال فترة الحمل.

يبدأ المخاض عند الأم بتقلص الرحم أو انقباضه، وتشعر الأم الحامل به على شكل آلام في البطن أو أسفل الظهر. وتزداد هذه الانقباضات شدة وتكرارا مع تقدم المخاض. وتستغرق فترة تقلصات الرحم المنتظمة (الطلق) منذ بدايتها حتى لحظة الولادة ما بين 4 – 24 ساعة في حالة الولادة الأولى. من أجل أن تتوسع قناة الرحم لتصل الى مرحلة الكمال التي سوف يجتازها الجنين ليخرج من نهايتها الى هذا العالم. أما في حالة الولادة الثانية وما بعدها. فان زمن الطلق يتناقص ليصبح ما بين: 2 – 6 ساعات. وتحدث التقلصات لفترة تتراوح ما بين 40 – 50 ثانية، تتكرر كل دقيقتين أو ثلاث دقائق. وتبدو مظاهر المخاض على شكل خروج المخاط الملطخ بالدم من المهبل. ونزوله يسهل على المولود المرور عبر قناة الولادة (قناة الرحم).. قال تعالى: ﴿وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾ (النحل:78)

ويمر المخاض بثلاث مراحل هي (Berk, 2007):

- **المرحلة الاولى**: هي انفتاح عنق الرحم ودفع الجنين الى خارجه. وتستعرق هذه المرحلة حوالي تسع ساعات وقد تطول او تقصر قليلا.
- **المرحلة الثانية**: وهي مرور الوليد خلاله عبر المهبل الى الخارج. وتستغرق هذه العملية حوالي ساعة ونصف في الطفل الاول أما في الولادات التالية. فانه يستغرق نصف ساعة.
- **المرحلة الثالثة**: وهي مرحلة خروج المشيمة. وتستغرق هذه المرحلة حوالي ربع ساعة.

عزيزي القارىء: هناك جملة من الحقائق الثابتة حول عملية الولادة لا بد من التعرف عليها. تتمثل في الآتي: (الريماوي، 2007)

- قبل الولادة بأيام يتخذ الجنين وضعا معينا. فيتجه رأس الجنين الى أسفل ورجلاه وقدماه الى اعلى ثم يبدأ المخاض بتقلصات الرحم لتدفع الجنين الى اسفل خارج الرحم. الا ان هذه الحالة قد تتغير وتتبدل.
- ان مدة المخاض في الحمل الأول أطول منها في الأحمال التالية.
- في بعض الحالات قد يضطر الطبيب المولد (أو القابلة/ المرضة) الى سحب الجنين عبر قناة الولادة باستخدام كلاب خاص. وقد يكون الجنين في وضع مقلوبأو مستعرض. أو تكون القناة ضيقة تحول دون انزلاق سلس للجنين. عندها يضطر الطبيب الى اخراج الجنين بعملية جراحية.


(a)


(b)


(c)

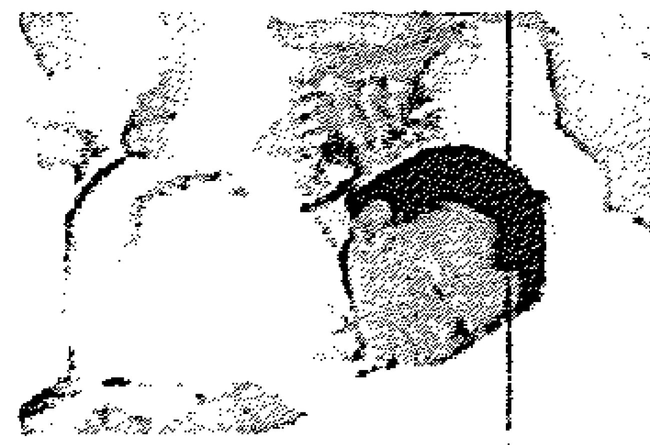
(الولادة القيصرية: وسميت بهذا الاسم نسبة الى الامبراطور الروماني يوليوس قيصر الذي اشار المؤرخون الى ولادته بنفس الطريقة).

- تتطلب لحظة الميلاد تكيف المولود بسرعة مع الضوء والجاذبية والبرد والمثيرات البيئية الأخر. حيث يكون المولود لحظة ميلاده منهكا جسميا. مما دعا لوبي Leboyer العالم الفرنسي الى ابتداع طريقة تخفف على المولود صدمة الميلاد. وذلك بايجاد جو من الهدوء قبيل الميلاد شبيه بهدوء جو الرحم. ففي لحظة الميلاد تخفض الاضاءة والأصوات. ويوضع المولود على بطن الأم حتى قبل قطع الحبل السري Umbilical cord حيث يوفر جسم الام للمولود المشاعر الدافئة وضربات القلب التي اعتاد سماعها داخل رحم الام.
- يعتبر الحمل كاملا اذا ما قضى الجنين في رحم أمه ما بين سبعة وثلاثين وأربعين اسبوعا. ولكن قد يولد الطفل قبل الأوان Prematurely فيأتي الوليد اقل وزنا واصغر حجما. ويعتبر في هذه الحالة خداجا Premature اذا قل وزن عن 2.5 كغم. وتزداد احتمالات وفاته ان قل وزنه عن 2.00 كغم مما يتطلب عناية مركزة للمولود ووضعه في حاضنة Incubator الى ان ينضج.

وتشير الدراسات في هذا المجال الى اختلاف هذا النوع من المواليد عن المواليد العاديين. فهؤلاء الاطفال اقل انتظاما في النوم، واكثر بكاءا وأكثر بطأ في ردود افعالهم الاجتماعية كالابتسامة وغير ذلك. الا ان هذه الفروق تختفي مع نهاية مرحلة الحضانة.

بعد تمام عملية الولادة يجب ان يتم فحص طبي شامل لكل من الوليد وأمه. حتى يتم التأكد من ان عملية التنفس قد بدأت فور ولادة الطفل. ويبدو ذلك في شكل صيحة يطلقها الوليد نتيجة لمرور الهواء لأول مرة بحباله الصوتية. وكذلك التأكد من خلوه من التشوهات والعلامات المرضية أو اية عوارض أخرى. كما يجب ان يتأكد الطبيب من سلامة الام بعد عملية الولادة.


Rooting reflex


Darwinian reflex


Tonic neck reflex


Moro reflex


Babinski reflex


Walking reflex

ولما كانت عملية الولادة تمثل انتقال الوليد من بيئة رحم الام الى العام الخارجي فان الوليد يبدأ يستقل بأمر نفسه وغذائه. خاصة بعد ان يتم قطع الحبل السري مباشرة بعد الولادة. وبانتقاله من بيئة

رحم الأم حيث درجة الحرارة الثابتة الى العالم الخارجي الذي يتعرض فيه الى تقلبات درجات الحرارة. والمؤثرات البيئية العديدة. بعضها ظاهر للعيان وبعضها الاخر خفي لا يرى.

ويعتمد الوليد اعتمادا كاملا على الاخرين. فهو كائن انساني لا حول له ولا قوة يأتي الى العالم الخارجي ولديه امكانيات كافية. وبعض أجهزته على اتم استعداد للعمل مباشرة من اجل المحافظة على حياته. وبعضها الاخر تحتاج الى بعض الوقت كي تقوم بوظائفها على الوجه الاكمل. الا ان الوليد في هذه المرحلة لا يستطيع احداث اي تعديل في بيئته من اجل اشباع حاجاته في النمو الا عن طريق امه. ومن اجل ذلك فان عملية الامومة لازمة لبقائه. الا انه وبالرغم من ضعفه الظاهر وعدم قدرته على احداث اي تغيير في مجريات حياته الا انه يملك بعض القوة التي حباه الله بها للبقاء حيا. فضعفه يجلب الاخرين اليه لرعايته وجاذبيته تملأ القلوب محبة وعطفا. (زهران، 2005) وعند خروج الوليد الى العالم الخارجي يقوم والداه بتسميته والاستعداد النفسي لرعايته من كافة نواحي نموه.

ويعد الاسبوعين الاولين من الحياة خارج بطن الام ما هي تكملة لتلك الشهور التسعة لأنها تعتبر فترة اعداد للتكيف مع العالم الخارجي الذي سيعيش خلاله. والطفل ريثما يولد فانه يبدأ عملية التكيف هذه. ويبدأ عملية تنسيق بين متطلبات هذا الجسم من طعام وشراب وتنفس وهضم وافراز واخراج ونوم ويقظة.. الخ. كل ذلك يتم بواسطة عوامل فطرية واستعدادات طبيعية زوده الله بها سبحانهز فاحساس الجوع والعطش والالم والرغبة في النظافة والبكاء للتعبير عن متطلباته. كل هذه عوامل فطر عليها الطفل. لكنه يمر بمرحلة التوافق. وهي محاولة تنظيم هذه العمليات.

(2 – 2) رعاية الام الحامل:

يتضمن الحمل والولادة دخول الفتاة في دور اجتماعي جديد هو دور الام. بما يصاحب ذلك من ضرورة تعلم معايير اجتماعية جديدة، وقدر كبير من المعلومات المتعلقة بعملية الولادة. خاصة وانه يمكن ملاحظة العديد من التحولات الاتجاهية المتتالية والمشاعر والاتجاهات المرتبطة بشهر العسل.

فالمرأة الحامل تميل الى التركيز على التغيرات التي تطرأ على جسدها من انتفاخ الثديين والغثيان، والتعب. وبعض المأكولات غير العادية التي تحتاجها. كما ان احاسيس الضعف والتعب والتهيج والمزاج المتأرجح يميل الى جعل المرأة تشعر بأنها قد تغيرت في طرق لا يمكنها السيطرة عليها. وازدياد التمركز الذاتي والتعب الجسمي الذي يحل بها قد يجعلها لا تحس بالسعادة الزوجية. وهي ازاء ذلك تحتاج الى قدر كبير من المساندة الانفعالية من قبل الزوج والاهل والمحيط.

ولا بد للام الحامل من ان تحرص خلال الاشهر الاولى للحمل الا تنتقل اليها عدوى الحصبة الالمانية. الا اذا كانت قد اصيبت بها بالفعل. لان مرض الام بها يمكن ان يؤثر في الطفل. ويجب ان تتجنب جميع انواع التطعيم خلال الستة اشهر الاولى للحمل لانها قد تؤدي الى الاجهاض. ويفضل ان تضع المرأة الحامل نفسها تحت رعاية الطبيب وان تراعي نصائحه بشأن الاغذية التي تتناولها. وان تتجنب تناول الادوية التي يمكن تؤثر في الجنين. وعلى المرأة الحامل ان تبلغ الطبيب عند حدوث اي نزيف او تورم في الكعبين او شعور بالتوعك حتى يمكنه البحث عن سببه ووصف العلاج الملائم.

وهناك مسألة مهمة ايضا وهي معالجة اي مظهر للانيميا لا لمجرد انها تزيد شعور الام بالتعب بل لانها يمكن ان تصيب الطفل بالانيميا بعد ولادته بعدة أشهر. فالطفل في هذه الحالة لا يكون قد حصل من امه على حاجته من الحديد.

وكثيرا ما ينفق الاباء اموالا لا ضرورة لها في شراء معدات غير لازمة او انها لا تستخدم الا قليلا. فقطع الاثاث الخاصة بالاطفال كالموائد الصغيرة والادراج الصغيرة والدولاب الصغير والفراش المزين برسوم الاطفال كلها غالية الثمن لا يلبث الطفل ان يكبر ولا يكون بحاجة اليها. فاحتياجات الطفل من الملابس والمعدات بسيطة جدا يمكن ان استخدامها لفترات زمنية اطول.

1) برامج رعاية الأمومة:

تبدأ رعاية الأم منذ طفولتها وقبل الزواج وقبل بدء الحمل، وأثناء الحمل. خاصة وان النمو السريع للجنين في بطن أمه والطفل بعد ولادته والتغيرات الفسيولوجية التي تمر بها الأم الحامل والمرضعة والأطفال والمراهقين يتطلب توفير الرعاية الخاصة والاشراف الصحي للأم ورفع مستوى الرعاية في سن الانجاب والعمل على تقليل مخاطر الحمل والولادة والنفاس وما حول الولادة. حتى يتمكن المولود من العيش وسط بيئة صحية. يتمتع فيها بالحب والطمأنينة والتغذية الكافية، والرعاية الطبية الكافية. ويمكن ازاء ذلك تقديم خدمات الرعاية التي تؤدي عن طريق مراكز رعاية الامومة والطفولة في وحدات الرعاية الصحية الأساسية التالية (قنديل، وشلبي، 2006):

- التثقيف الصحي للاناث أثناء التعليم في المدارس وكيفية الاهتمام بالصحة الشخصية وعلم وظائف الأعضاء وأهمية صحة الأم والطفل.
- الارشاد الوراثي وفحص الراغبين في الزواج، والكشف الطبي قبل الزواج لاكتشاف الحالات المرضية، وخاصة الأمراض المزمنة والأمراض المنقولة وراثيا. وتجنيب زواج الأقارب لما قد ينتج عنه مشكلات وراثية للجيل الجديد.

- رعاية الأم قبل الحمل لمنع حدوث بعض المضاعفات أثناء الحمل.
- الرعاية أثناء الحمل التي توجه للحامل والتأكيد على حمل آمن ومولود سليم. واكتشاف الحالات الأكثر عرضة للمخاطر بين الحوامل لاعطائها مزيدا من الرعاية وتحويل الحالات ذات الخطورة العالية لمستوى أعلى من الخدمات الصحية. وخفض معدلات الاصابة بالأمراض ووفيات ما حول الولادة وحديثي الولادة. بحيث تقوم الأم الحامل بزيارة المراكز الطبية في الأحوال العادية بشكل دوري.
- التثقيف الصحي والغذائي أثناء فترة الحمل: واعطاء الأم الحامل توعية صحية في مجالات متعددة من ابرزها الحمل والانجاب وعلامات بدء الولادة وأعراض الخطر في الحمل، والرضاعة الطبيعية وأهميتها وطرق العناية بالطفل حديث الولادة. وتعريف الأم بمكونات الغذاء الصحي المناسب الذي يشتمل على كل العناصر الغذائية الضرورية أثناء الحمل. وتحديد احتياجاتها من الغذاء. وتجنب كل اصناف الأدوية والمنبهات مثل القهوة وشرب الكحول. والاقلاع عن التدخين وتجنب المأكولات التي تحتوي على الكيماويات والمواد الحافظة. والابتعاد عن مبيدات الحشرات أو المعادن.
- الرعاية أثناء النفاس والولادة: فقد تتم معظم الولادات في البلاد المتقدمة في المستشفيات المتخصصة. ولكن تتم أكثر الولادات في البلدان النامية في المنازل بواسطة القابلات او المولدات. ويأتي دور مراكز الرعاية الصحية الأولية وخاصة مراكز رعاية الأمومة والطفولة في نشر الوعي الصحي الخاص بمتابعة ورعاية الأم الحامل حتى ميعاد الولادة بحيث يتحدد مكان الولادة تبعا للحالة الصحية للأم والجنين ووضعه في الاسبوع الأخير من الحمل وأثناء الولادة. ويجب ان يؤخذ في الاعتبار حجرة الولادة والأغطية التي تهيأ بالأدوات اللازمة لعملية التوليد، ومحاولة اتمام الولادة بطريقة طبيعية بقدر الامكان. ومن الضروري تقديم الرعاية الجسمانية والنفسية والاجتماعية. وتدريب الام على الأوضاع السليمة للطفل والطريقة الصحيحة للرضاعة الطبيعية، والاهتمام بتغذية الأم المرضعة وكيفية العناية بالمولود.
- الرعاية أثناء الفترة بين حمل وآخر وتنظيم الأسرة وعلاج العقم.
- رعاية الأطفال المبتسرين وذوي المخاطر العالية.
- الوقاية ومكافحة وعلاج الأمراض التي تصيب عادة الأطفال حديثي الولادة مثل الاسهال، وأمراض الجهاز التنفسي.
- التثقيف الصحي والغذائي للأم.
- الرعاية الاجتماعية لضمان توفر الجو الأسري للطفل.

2) المباعدة بين الولادات:

ليس من الحكمة ان ينجب الاباء اطفالا تفصل بينهم فترات قصيرة. لان ذلك يضر بالام التي لا تتوافر لديها الفرصة لاستعادة صحتها بعد الولادة وقبل بدء الحمل الجديد. وان المباعدة بين الولادات تجنب الأم كثيرا من المخاطر التي هي في غنى عنها:

فالحمل في سن مبكرة قبل الثامنة عشرة أو في سن متأخرة بعد الخامسة والثلاثين يزيد من المخاطر الصحية على كل من الام والوليد. كما يتزايد احتمال ولادة أطفال خدج او ناقصي النمو او مشوهين خلقيا كما يزيد من خطر وفاة الاطفال الصغار بنسبة 50٪ اذا كان الفاصل الزمني بين ولادة طفل وطفل آخر أقل من سنتين. ويزيد الحمل المتكرر والولادت المتلاحقة من المخاطر التي تتعرض لها الام عند الحمل والولادة. كما تحتاج الامهات الى وجبات غذائية اضافية اثناء الحمل والى فترة اطول من الراحة. واذا كانت المرأة الحامل تدخن او تتعاطى الكحول او العقاقير اثناء فترة الحمل. فقد يتعرض جنينها للمخاطر التي قد تؤدي الى تشوهات خلقية وقد يؤدي الى الوفاة.

وان هناك طرقا كثيرة مأمونة ومقبولة من اجل تأخير الحمل. وتستطيع دور رعاية الامومة تقديم الخدمات التي تساعد الزوجين وتمكنهما من تحديد عدد الاطفال الذين يرغبان في انجابهم. وتحديد الفاصل الزمني بين مولود وآخر. ومتى يتوقفان عن الانجاب.

3) الرضاعة الطبيعية:

تلاحظ الامهات ان ثديهن يكبر في وقت الحيض. وان الزيادة في الحجم تستمر ثلاثة او اربعة ايام ثم تزول. وبعد الحمل يكبر حجم الثديين في موعد الحيض الاول الذي انقطع نزوله. ولكنه لا يزول بعد ذلك بل يستمر طوال مدة الحمل. والسبب هو تأثير بعض المواد الكيماوية او الهرمونات. وفي الاسابيع الاثني عشر الاخيرة للحمل يفرز الثديان افرازا رائقا لا لون له يسمى الكولستروم. ثم يتحول هذا الافراز فيصبح اصفر اللون ثم الى لون الحليب بعد ولادة الطفل بيومين او ثلاثة. وخلال اربعة ايام او خمسة بعد الولادة. وحوالي اليوم الثالث في العادة بعد ولادة الطفل الاول. يمتلىء الثديان بسرعة كبيرة في الغالب. ويسمى ذلك بتدفق الحليب. ومن المألوف ان تشعر الام في هذا الوقت بأن الثديين متورمان ويحدثان في حالات قليلة بعض الالم.

وتشعر بعض الامهات بعد شهر من الولادة بشعور غريب في الثدي عندما يبدأ الطفل بالرضاعة. فبعد نحو نصف دقيقة من بدء الطفل في الرضاعة يشعرن بالام خفيفة من الثدي كأنها شكات دبابيس. ويصاب الثدي بشيء من التورم. وكثيرا ما يخرج الحليب من الثدي الذي لا يرضعه الطفل. وان هذا الاحساس ينتاب بعض الامهات اثناء استعدادهن لارضاع الطفل. بل بمجرد تفكيرهن في ارضاعه.

ويجب البدء بارضاع الطفل من ثديي أمه خلال نصف ساعة من ولادته. كما ينبغي ارضاعه كلما طلب ذلك. وعندما يبدأ الطفل شهره الخامس فانه يحتاج الى أغذية اضافية متنوعة. اضافة الى حليب الام الذي يجب الاستمرار في اعطائه للطفل حتى السنة الثانية من عمره الى جانب الأطعمة المكملة.

(2 – 3) حقوق الأم الحامل:

للأم حقوق شرعية وحقوق مادية وحقوق نفسية (الريماوي، 2007): **فحقها الشرعي** ان تظل في عصمة زوجها. ولا يجوز لها ان تتزوج بآخر او تجبر على الزواج بآخر قبل وضع حملها. **وحقها المادي** في توفير ما تحتاج اليه من اغذية ومن رعاية طبية كلما دعت الضرورة الى ذلك. **وحقها النفسي** أن يكون زوجها واسع الصدر، متفهما لبعض شكاواها شبه المرضية، وشبه النفسية، كالدوخة والدوار والرغبة في التقيؤ والتكاسل واشتهاء أشياء غير متوفرة أو باهظة الثمن. وكذلك في توفير الراحة والطمأنينة والابتعاد عن المشكلات والصراعات بقدر الامكان. وحمايتها من التهديد او اجبارها على القيام بأعمال شاقة اثناء الحمل او الكشف عن هوية الجنين ان كان ذكرا او انثى. فالمشاركة الوجدانية من قبل الزوج لزوجته في تحمل اعباء الحمل الجسمية والنفسية وتشجيعها على التحمل. وتهوين الامر عليها يشجع الام الحامل على التحمل. وتهوين الأمر عليها. خاصة في حملها الاول.

(2 – 4) حقوق الجنين:

وللجنين حق شرعي في الارث والوصية والنسب باعتباره كائنا حيا له استقلاليته والاعتداء عليه بأية وسيلة يستوجب العقوبة. كما ان للجنين حق انساني في الحفاظ عليه وان نقيه من اخطار وراثة صفات الاباء او الاسلاف الضعيفة او الحاملة لأمراض وراثية. وله حق حماية جسمه من تسرب الامراض اليه من جسم امه. كالحصبة الالمانية او بعض البكتيريا القادرة على اختراق مناعة المشيمة. وله حق حمايته من تأثير المواد الكيماوية الضارة التي قد تصله عبر جسم أمه من خلال التدخين، او تعاطي المخدرات او تناول المشروبات الروحية. وله حق حمايته من آثار الاشعاعات الضارة به. وحق توفير العلاج السريع فور ولادته اذا كان بحاجة للعلاج. وله الحق في اختيار اسم مناسب له. يكون مناسبا لروح العصر وحضارته.

ثالثاً: مرحلة المهد وأساليب الارشاد فيه:

لما كانت عملية الولادة تمثل انتقال الوليد من بيئة رحم الام الى العالم الخارجي فان الوليد يبدأ يستقل بأمر نفسه وغذائه. خاصة بعد ان يتم قطع الحبل السري مباشرة بعد الولادة. وبانتقاله من بيئة رحم الأم حيث درجة الحرارة الثابتة الى العالم الخارجي الذي يتعرض فيه الى

تقلبات درجات الحرارة، والمؤثرات البيئية العديدة. بعضها ظاهر للعيان وبعضها الاخر خفي لا يرى.

ويعتمد الوليد اعتمادا كاملا على الاخرين. فهو كائن انساني لا حول له ولا قوة يأتي الى العالم الخارجي ولديه امكانيات كافية. وبعض أجهزته على اتم استعداد للعمل مباشرة من اجل المحافظة على حياته. وبعضها الاخر تحتاج الى بعض الوقت كي تقوم بوظائفها على الوجه الاكمل. الا ان الوليد في هذه المرحلة لا يستطيع احداث اي تعديل في بيئته من اجل اشباع حاجاته في النمو الا عن طريق امه. ومن اجل ذلك فان عملية الامومة لازمة لبقائه. الا انه وبالرغم من ضعفه الظاهر وعدم قدرته على احداث اي تغيير في مجريات حياته الا انه يملك بعض القوة التي حباه الله بها للبقاء حيا. فضعفه يجلب الاخرين اليه لرعايته وجاذبيته تملأ القلوب محبة وعطفا. (زهران، 2005) وعند خروج الوليد الى العالم الخارجي يقوم والداه بتسميته والاستعداد النفسي لرعايته من كافة نواحي نموه.

ويعد اول اسبوعين من حياة المولود خارج بطن الام تكملة لتلك الشهور التسعة لأنها تعتبر فترة اعداد للتكيف مع العالم الخارجي الذي سيعيش خلاله. والطفل ريثما يولد فانه يبدأ عملية التكيف هذه. ويبدأ عملية تنسيق بين متطلبات هذا الجسم من طعام وشراب وتنفس وهضم وافراز واخراج ونوم ويقظة.. الخ. كل ذلك يتم بواسطة عوامل فطرية واستعدادات طبيعية زوده الله بها سبحانه. فاحساس الجوع والعطش والالم والرغبة في النظافة والبكاء للتعبير عن متطلباته. كل هذه عوامل فطر عليها الطفل. لكنه يمر بمرحلة التوافق. وهي محاولة تنظيم هذه العمليات.

وهناك عدد من المقاييس التي تقيم أداء الوليد بعد ولادته مباشرة بهدف التأكد من ان الوليد يتمتع بالسواء او انه غير سوي. وقد اشتهر من هذه المقاييس مقياس أبجر وبك Apger & Beck الذي يطبق بعد ولادة الطفل في الدقائق الخمس الأولى بعد الولادة. ويتناول هذا المقياس خمسة جوانب هامة هي: التنفس، قوة العضلات، درجة الاستثارة الانعكاسية، ولون الجلد. بحيث يقيم كل مجال من هذه المجالات بدرجات تتراوح بين صفر و 2 وبناء على ذلك تكون النهاية العظمى للمقياس عشر درجات فاذا تراوحت الدرجة التي يحصل عليها المولود بين 7 – 9 درجات فان هذا يعني ان لدى المولود فرصة اكبر لمواجهة تحديات البيئة التي تختلف كثيرا عن بيئة الرحم.

ويقضي الوليد يومه مستلقيا على ظهره. وهو عاجز تماما عن الجلوس او الانتقال من مكان لآخر. ويتميز سلوكه بحركات عشوائية وتلقائية متنوعة سريعة وغير منتظمة وغير متمايزة. وتستثار تحت اي مثير. خاصة ما يتعلق منها بالمهيجات العضوية. ويرجع العلماء سبب

ذلك الى عدم نضج جهازه العصبي. ومعظم استجاباته الحركية تحدث على شكل افعال منعكسة. مثل انعكاس المص والبلع ودفع الاشياء من الفم. والعطس. وقفل الجفن عند لمس العين او تعرضها لضوء ساطع. وانعكاس القبض او الامساك عند لمس راحة الكف. ويرتبط السلوك الحركي للوليد مثل: الفزع والابتسام والانتفاض والامتصاص الانعكاسي. بحالة حدوث هذا السلوك. حيث يزداد تكرار هذا السلوك في حالة النوم المنتظم ويقل كلما قرب الوليد من الاستيقاظ.

(3 – 1) سلوك الطفل حديث الولادة:

يمثل السلوك العشوائي أو التلقائي كل ما يصدر من الوليد من حركات، سواء من الجسم كله او من بعض اعضائه، وبشكل تلقائي. اي دون وجود مثير محدد واضح يعتبر مسؤولا عن هذه الحركات. وتشير الدراسات التي اجراها العلماء حول ما يمكن ملاحظته من السلوك لدى الوليد وان كان نمط سلوك الوليد في تلك المرحلة يختلف عن نمط آخر يتخذه في حالة أخرى. وقد استطاع العلماء تحديد عدد من الانماط التي يمكن ان يتشكل فيها السلوك. بحيث يشترط في نمط السلوك ان يكون: مستمرا بشكل ثابت لفترة زمنية معينة، ومتكرر الحدوث بالنسبة لطفل معين، وقابلا للملاحظة في عدد آخر من الاطفال.

وعن طريق الفحص العصبي، استطاعت بينتاما (Beintama) تحديد خمسة حالات متمايزة من انماط السلوك هذه مع ملاحظة وجود فروق بين المواليد من حيث الفترة التي يقضيها الوليد في كل حالة من هذه الحالات قبل ان تتم عملية الاستقرار. خاصة وانه في اليومين الاوليين من ولادة الطفل يصعب ان تتغير الحالة التي يكون عليها الطفل مهما فعل المحيطون به. وهذه الحالات الخمس هي (Papalia & Olds, 2006):

- **الحالة الأولى:** تنفس منتظم، عيون مغلقة، لا حراك.
- **الحالة الثانية:** تنفس غير منتظم، عيون مغلقة، لا توجد حركات كبيرة.
- **الحالة الثالثة:** عيون مفتوحة، ولا حركات كبيرة.
- **الحالة الرابعة:** عيون مفتوحة، حركات واضحة وكبيرة، لا بكاء.
- **الحالة الخامسة:** عيون مفتوحة او مغلقة، مع بكاء وصياح.

والى جانب الحركات العشوائية تتحرك عضلات الوليد بطريقة آلية وبنمط "لا ارادي" يسمى **بالفعل المنعكس**. حيث يبدي الوليد عددا من الاستجابات الحركية التي تساعده على التكيف مع العالم الخارجي. وفي المحافظة على الحياة عن طريق البحث عن الغذاء. عندما تلامس الانامل وجهه اسفل الخد. أو عندما يدير رأسه جهة الصدر. فالطفل عندما يلمس خده

يلمس طرف فمه اي شيء تستدير رأسه ناحية ذلك الشيء الملامس. كما لو كان يبحث عن الحلمة لكي يرضع. وهو ما يسميه العلماء بالانعكاس الانتحائي.

وهناك عدد آخر من **الانعكاسات ذات الصفة الوقائية** كرمش العين، والسعال، والشرقة لطرد الطعام من القصبة الهوائية **وانعكاسات الالم** التي تجعله ينسحب من مصدر الالم ويصبح غاضبا. **وانعكاس مورو**MORO المتمثل في حركة تقويس الظهر وابعاد الرأس والدفع بالذراعين والساقين الى الأمام ثم جذبها الى الداخل عند سماع صوت مرتفع او رؤية ضوء مبهر او التغير المفاجيء لوضع الرأس. وبعد ان يختفي انعكاس مورو يحل محله استجابات انعكاسية أخرى أكثر بساطة من سابقتها تسمى **بانعكاسات الانتفاض** المعروفة لدى الراشدين. **وانعكاس بابنسكي**Babinski المتمثل في انفراج اصابع القدم عند ضرب الكعب. ويختفي هذا الانعكاس ما بين الشهر الرابع والشهر السادس من عمر الوليد. اما اذا بقيت هذه الانعكاسات بعد ذلك فان هذا يدل على وجود تلف عصبي.

وهناك عدد من الانعكاسات المعقدة **كانعكاسات توتر الرقبة**، يصاحبها حركات في الذراعين والساقين. **وانعكاس القبض** على أي شيء يوضع في راحة اليد بالاصابع جميعها. **وسلوك السباحة** الذي يظهرة الوليد بكفاءة واضحة في الاسابيع القليلة من عمره تتمثل في التناسق والتآزر والقوة بحيث تدفعه الى الامام دون اضطراب. الا ان سلوك السباحة يضطرب ويصبح غير متكافىء بعد اربعة اشهر تقريبا من عمر الوليد ثم يستعيد الطفل قدرته على السباحة مرة اخرى عندما يبلغ السنتين من عمره.

ويلاحظ على الطفل في الايام الاولى من حياته. استجابات أولية تصدر عنه **دون تعلم**. وتؤدي وظيفة خاصة في حياة الكائن الحي الانساني، وتساعده في المحافظة على حياته. ومن أمثلة ذلك:

1) **الرضاعة:**



يتركب نمط سلوك الرضاعة من مكونات عديدة ابرزها: **الانعكاس الانتحائي او الجذري**: الذي يساعد الوليد على العثور على الحلمة. وعندما يتم له ذلك. فانه يقوم بحركة ثنائية (مزدوجة) هي: المص الى داخل الفم: وبها يستطيع ان

يسحب الحليب من الزجاجة او الثدي. والضغط على الحلمة باللثة ضغطا يدفع الحليب الى الخارج. ثم تأتي عملية البلع: وهي عملية معقدة تحتاج الى التآزر بين البلع والمص والتنفس معا. وحتى يحتفظ الوليد بتدفق الحليب دون انقطاع الى الفم مع عدم الاخلال بالتنفس. فقد زود الوليد بقدرة على البلع تبلغ سرعتها ثلاثة امثال قدرة الراشد. (اسماعيل، 2003).

ولخبرة الرضاعة شقان (Berk, 2007): الشق الاول منها التغذية: فارضاع الوليد من ثدي امه يحقق له الرضاعة الغذائية ليملأ معدته. أما الشق الثاني فهو الخبرة الانفعالية. أو كما يسميها المنظرون بالرضاعة الانفعالية. لما يرتبط بعملية الرضاعة من احساس الرضيع بالدفء والشعور بالحب والحنان. والرضاعة من وجهة نظر علماء النفس تمثل تعويضا للرضيع عن الراحة التي كان ينعم بها داخل رحم الام. وتخفيفا من صدمة الانتقال الى البيئة الخارجية. ويلاحظ على الرضيع تعبيرات وجهه اثناء الرضاعة بحيث تبدو عليه السعادة والسرور والهدوء والاطمئنان. واذا تأخر عنه الثدي او نزع من فمه. تجده يضطرب ويصبح في ثورة واحتجاج. وتوضح دراسات الباحثين في هذا الصدد الى ان الوليد يفضل الرضاعة الطبيعية من امه حيث الحليب والحب والدفء والنعومة. قال تعالى: ﴿وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ لَا تُكَلَّفُ نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا﴾ (البقرة:233).



2) البكاء:

اختلف العلماء في موضوع بكاء الوليد. فمنهم من يدعو الى ترك الوليد يبكي لفترة تتراوح بين 15 – 20 دقيقة. وفي ذلك تقوية لعضلات صدره ورئتيه. بينما يرى البعض الآخر ان تستجيب الام فورا لبكاء الوليد. خاصة اذا كان دافع بكاء الوليد هو الجوع. او الالم الناتج عن اي سبب آخر. وغالبا ما تستطيع الامهات التمييز بين انواع البكاء الذي يحدثه الوليد في الاسابيع الأولى لولادته. وقد اشار العلماء في هذا الجانب الى اربعة انواع من الصياح او الصراخ او البكاء:

- **بكاء الولادة:** ويستمر لثانية او بضع ثوان بعد أخذ نفسين عميقين يسببان الاما في رئتيه. نتيجه لتفتح مسامات الرئتين.
- **بكاء الجوع:** ويسمع عاليا بعد بضع ساعات من الوجبة السابقة (أي بعد مرور ساعتين الى اربع ساعات عن الوجبة السابقة).

- **بكاء الالم**: وقد أمكن للعلماء دراستها نتيجة آلام الشك بالابرة او عند الحقن. ويكون بكاء الالم طويلا عنيفا يعقبه صمت طويل. ثم يعود للبكاء مرة ثانية بعد استعادة التنفس يصاحبها توتر عضلي في الوجه وتقلصات عديدة في عضلات مختلفة من الجسم.
- **بكاء الغضب**: ويشبه الى حد كبير بكاء الجوع مع مزيد من دفع الهواء عبر الاحبال الصوتية.

(3 – 2) تنظيم الخبرات الحسية لدى الطفل حديث الولادة:

إن عملية تنظيم الخبرات الحسية في اشكال ذات معنى هي العملية المعروفة بالادراك والتي اشار علماء النفس لها في نظرياتهم المفسرة لنمو الادراك عند الوليد: فمنهم من يرى ان الادراك ينتج عن عملية تنظيم أولية (النظرية الجشطالتية في التعلم). وفريق آخر ينظر الى الادراك باعتباره استجابة معرفية متعلمة كأي استجابة غير أولية تحكمها قوانين التعلم (النظرية الترابطية في التعلم). وفريق ثالث يرى ان الادراك ينبثق عن نمو الافعال الحركية (جان بياجيه). وتحدث فريق رابع يمثل النظرية البنائية ان للادراك جانبان: **الجانب الاول** هو ادراك الشكل البارز على ارضية اشد انحسارا وأكثر رتابة وهي عملية أولية لها اساس فسيولوجي. ويمثل الجانب الثاني ادراك الشكل كشيء يتميز عن شكل آخر. وهو مكتسب عن طريق التعلم.

وقد اجمعت الدراسات التي اجراها كل من: ابلتونAppleton، وجولدبرج Goldberg، وغيرهم أن الوليد حتى الاسبوع السادس من عمره يستجيب لعناصر في الشكل لكنه لا يستطيع أن يستجيب للشكل ككل. وفي التجارب التي أجريت على المواليد وجد ان الوليد عندما ينظر الى الوجه فان الذي يجذب نظره هو العينان او النظارات او مناطق التباين الحادة كالخط الفاصل بين الشعر والجبهة. وعندما عرضت على المواليد اشكال هندسية كالمثلثات مثلا. فانهم ينظرون الى زوايا المثلث وليس الى مساحته الكلية. وقد تم تسجيل هذه الملاحظات عن طريق حركة العين بآلات تصوير مخصصة لذلك. (اسماعيل، 2003). ويولد الطفل ولديه ميل أولي للانتباه الى الاشياء او الاحداث التي تتسم بالتغير. فالاشياء المتحركة تجذب انتباه الوليد اكثر من الاشياء الثابتة. ولو عرضت على الوليد مثلثا اسود اللون على قاعدة بيضاء. فان الوليد يركز انتباهه بالقرب من جوانب المثلث. ولو عرضت على الوليد خطا عريضا اسود على ارضية بيضاء. فان الوليد يظل يحوم ببصره قرب حافة ذلك الخط الاسود. وقد يكون اللون الاحمر اكثر جاذبية للوليد من غيره من الالوان. ثم اللون الازرق فالاصفر فالاخضر. واوضحت الدراسات كذلك ان الوليد ينظر الى الخطوط المنحنية مدة اطول من تلك التي يستغرقها نظره الى الخطوط المستقيمة. ويبدو ان الخطوط المنحنية والدائرية تنساب فيها حركة العين بسلاسة اكثر من الخطوط المستقيمة المنكسرة في زوايا معينة.

(3 – 3) قدرة الوليد على التعلم:



هل سألت نفسك مرة عن أول سن يكون فيها الوليد قابلا للتعلم؟ ففي تجربة قام بها ماركس Marquis عام 1941 على مجموعتين من الاطفال حديثي الولادة. وضع المجموعة الاولى على جدول رضاعة كل ثلاث ساعة. ووضع المجموعة الثانية على جدول رضاعة كل اربع ساعات. وبعد اسبوع من بدء التجربة غير النظام فجعل المجموعة الاولى على جدول رضاعة المجوعة الثانية والمجموعة الثانية على جدول رضاعة الاولى. فوجد ماركويس ان كل مجموعة ظلت تبدي نشاطا حركيا متزايدا في الوقت الذي كانت تتلقى فيه الرضعة حسب الجدول الاول. وقد فسر ماركس ذلك بأن الاطفال تعلموا بسرعة الاستجابة للتوقيت الذي تعودا فيه ان يتلقوا الرضعة. وقد اعتبر التوقيت بمثابة مثير شرطي لاستجابة الرضاعة. ومن الدراسات العديدة التي اجريت في هذا المجال استنتج الباحثون ان (اسماعيل، 2001):

- قابلية الوليد للتعلم تبدأ منذ الاسابيع الاولى في حياته.
- عملية الاشراط الاجرائي تكون اسهل نسبيا من عملية الاشراط الاستجابي فبعض المثيرات قد يكون مرفوضا من قبل الوليد.
- سواء في حالة الاشراط الاجرائي او الاشراط الاستجابي تتوقف فاعلية الاشراط على ما يمكن ان يصدر من الوليد من استجابات.
- تعتبر الفترة الزمنية المنقضية بين المثير الطبيعي والمثير الشرطي وكذلك بين الاستجابة وعملية التدعيم متغيرا هاما في عملية التعلمعند الوليد نظرا لقدرة الوليد المحدودة على ادراك علاقة التتابع في كل من هاتين الحالتين.

رابعاً: مرحة الطفولة المبكرة وأساليب الإرشاد فيها:

تمثل مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة هامة جدا في حياة الفرد. فهي مرحلة السؤال والاستفسار والاستطلاع والبحث. والطفل في هذه المرحلة يكثر من السؤال والاستفسار: ماذا، لماذا، وكيف ومتى واين ومن؟.... وهكذا. وهو يحاول بأسئلته تلك الاستزادة العقلية المعرفية. ويلاحظ عليه رغبته في معرفة الاشياء التي تثير اهتمامه. ويريد ان يفهم الخبرات التي يمر بها. ويؤدي

نقص المعلومات او المعلومات الخاطئة التي يقدمها الوالدان الى الطفل الى نتائج سلبية من ابرزها (زهران، 2005): الربط بين العملية الجنسية وبين الاثم والذنب والخطيئة، والسعي الحثيث للحصول على اي معلومات ومن اي مصدر. وسوء التوافق الجنسي مستقبلا. والتلذذ من سماع الاغاني والنكت الجنسية ومشاهدة الصور والافلام الجنسية.

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة تنشئة اجتماعية حيث يكون انماء الطفل الهدف الرئيسي للعديد من البرامج التعليمية. وهي مطلب رئيسي من مطالب النمو. وفي هذه المرحلة يتعلم الطفل الاداب الاجتماعية العامة. وكيفية التعامل مع الاخرين والاشياء، ويتعلم القيم والادوار الاجتماعية والتمييز بين الصح والخطأ. ويلعب الابوان دورا بارزا في هذه المرحلة. فهما يمثلان نماذج الدور الاجتماعي وينقلان للطفل الاتجاهات والقيم عن طريق التدريب وممارسة العقاب والثواب والتقمص.

ومن خلال الدراسات المستفيضة التي قام بها باندورا (Bandura, 1977) فقد أستنتج أن:

- الأطفال يظهرون ميلا متزايدا لتقليد شخصي في أعقاب التفاعل السار معه.
- الأطفال يقلدون السلوك العدواني لرجل بالغ أكثر من تقليدهم سلوك امرأة.
- النماذج الحية والنماذج المتمثلة في الصور المتحركة لها نفس التأثير في إحداث التقليد.
- الأطفال الذين يشاهدون نموذجا يكافأ على سلوكه العدواني يقلدون هذا السلوك أكثر مما لو كان لم يكافأ أو انه قد عوقب.
- النموذج الذي تكون لديه قوة تعزيزية يتم تقليده أكثر من النموذج الذي لا يملك مثل هذه القوة.
- الأشخاص ذوي المكانة الاجتماعية والأكفاء والأقوياء ينتزعون تقليد الآخرين لهم أكثر من النماذج التي لا تمتلك هذه الصفات.

(4 – 1) دور معلمة الروضة في تطوير الإدراك الحركي:

طور أخصائيو العلاج الطبيعي والعلاج بالترفيه، والأخصائيون المهنيونطرقا عديدة من اجل معالجة صعوبات الإدراك الحركي تعتمد على عجز الطفل وعلى نوع ودرجة الإصابة في الإدراك التي يتم التحقق من وجودها عن طريق اختبارات التشخيص الخاصة بذلك. وتقديم الأنشطة المناسبة لتخفيف اضطرابات الإدراك. ومن هذه الأنشطة ما يلي:

1) انشطة تدعيم النمو الادراكي:

هناك العديد من الأنشطة العلاجية التي يمكن استخدامها في علاج اضطرابات عمليات الإدراك على نمط ونوع ودرجة الاضطراب التي يتم التحقق من وجودها من خلال الأدوات أو الاختبارات الملائمة من ناحية وعلى تفسيرها في علاقتها بسلوك الطفل القابل للقياس والملاحظة. وتشتمل هذه الأنشطة على الآتي:

1. انشطة تدعيم الإدراك السمعي:

- **التأكيد على أصوات الكلام أو الحروف:** على الطفل ان يتدرب على سماع نطق أصوات الحروف المفردة للغة مع التأكيد على ان الكلمات التي نسمعها تتكون من ذات الحروف المفردة. ويمكن تحقيق ذلك من خلال: استخدام الأغاني الشعرية للأطفال والكلمات المسجوعة ويتعلم الطفل الكلمات أولا. ثم يتم حذف حرف واحد منها ويطلب إلى الطفل ان ينطق الكلمة دون الحرف، هكذا: ز.... افة، ف...ل، غ.... ال. ويطلب من الطفل ان يذكر بعض الكلمات التي لها نفس الأصوات أو الحروف. **ومزج الأصوات:** بحيث يتم ذكر الكلمة أمام الطفل وتنطق أصوات حروفه صوت.. صوت. ثم يطلب من الطفل مزج هذه الأصوات.
- **الانتباه السمعي Auditory attending:** من أنشطة الانتباه السمعي ان يطلب من الطفل استماع الحروف، وأصوات يقوم بها المعلم، وأصوات الأطعمة المختلفة كأصوات بعض المواد الغذائية أثناء معالجتها بالأكل وعيونهم مغلقة. وأصوات الصب والمزج والرج.
- **التمييز السمعي Auditory discrimination:** ومن أنشطة التمييز السمعي: ان يطلب من الأطفال تحديد مصدر الصوت المنبعث من أحد أركان الغرفة. والتمييز بين الأصوات الغليظة والأصوات الحادة. وكذلكالأصوات العالية والأصوات المنخفضة. وتحديد مصدر الصوت ونوعه الذي ينبعث من أجهزة التسجيل. وتتبع صوت صفير يقوم به احد الاشخاص بعمله.
- **الذاكرة السمعية Auditory memory:** من أنشطة الذاكرة السمعية: ان يقدم للطفل مجموعة من المواد والأشياء ويطلب منه القيام باتباع التعليمات التي تصدرها إليه لصنع نموذج أو شكل معين. وأن يحمل أو يحفظ ذهنيا قائمة من الأعداد أو الكلمات المفردة وترديدها. وان يذكر بعض الأغاني الشعرية والأبيات أو القصائد أو الأناشيد ذات الإيقاعات وكتابة الرقم الرابع أو الرقم الأكبر، أو الرقم الأصغر في سلسلة من الاعداد يتم تقديمها له. وان يكرر جملة بسيطة وراءك. ثم زد على الجملة كلمة كلمة في كل مرة. واطلب من الطفل ان يرددها وراءك. وان تحدث الطفل عن قصة ذات سلسلة او أحداث متتابعة والطلب منه ترتيب أحداثها لك.

2. **انشطة تدعيم الإدراك البصري:**

تشتمل أنشطة تدعيم الإدراك البصري على نقل او نسخ التصميمات التي يعدها المعلم، وتدريب الأطفال على القيام بإنتاج نماذج مشابهة لمكعبات أو مربعان من الخشب أو البلاستيك الملون. والبحث عن الأشكال أو النماذج المتشابهة بين مجموعة كبيرة من الأشكال والنماذج المتباينة. وتجميع أجزاء الأشكال والصور التي تمت تجزئتها إلى قطع متباينة الحجم. وتصنيف الأشكال والنماذج المتباينة التي تقدمها له أو مزاوجة الاشكال التي تقبل التجميع. وتفسير معاني الكلمات التي يقوم الطفل بقراءتها من صفحة كتاب. والتمييز بين أشكال الحروف في أول الكلمات وفي وسطها وفي أواخر الكلمات.



3. **انشطة تدعيم الذاكرة البصرية:**

تشتمل أنشطة تدعيم الذاكرة البصرية على تحديد الأشياء المفقودة، وإيجاد التصميم الصحيح، والاسترجاع من الذاكرة وفقا لترتيب معين واسترجاع الأشياء المرئية، واشتقاق القصص من الصور، واسترجاع الفقرة او العنصر المحذوف او الناقص، وتكرار أو ترديد الكلمات

4. **انشطة تدعيم تكامل النظم الادراكية:**

تشتمل أنشطة تدعيم تكامل النظم الادراكية برسم شكل بالنقط والطلب من الأطفال النظر إليها ومحاولة ترجمتها إلى شكل أو صيغة معينة. والاستماع إلى صيغة غنائية إيقاعية ثم محاولة ترجمتها إلى أنماط بصرية مرئية من النقط من مختلف البدائل. أو الاستماع إلى صيغة موسيقية غنائية إيقاعية ثم تحويلها الى صيغة مرئية بصرية عن طريق كتابة مزاوجات من النقط والشرط. وكذلك الاستماع إلى بعض التعليمات والأوامر وتحويلها إلى حركات جسمية واستخدام أجزاء الجسم المختلفة كالتمرينات الرياضية مثلا. شمال/ يمين. فوق/ تحت.. وهكذا. وتحسس عدد من الأشكال والنماذج بأصابعهم. ثم القيام برسم الأشكال التي يدركونها على ورقة أو على السبورة. وان ينظر الأطفال إلى مجموعة من الصور ويسألون عن أيها يبدأ بحرف أل: م وأيها ينسجم مع إيقاع كلمة نيل. وأيها يشمل حرف: و، أو ي، أ، أ. او الطلب اليهم وصف صورة معينة ثم يختارها من بين البدائل المطروحة أمامه.

2) انشطة تدعيم النمو الحركي:

تشتمل هذه الأنشطة على **أنشطة المشي**: أمام – خلف – جانبي ورفع الاذرع في اوضاع مختلفة. وتقليد مشي بعض الحيوانات والمشي التبادلي السريع المتتابع من اليمين إلى اليسار ثم إلى اليمين ثم إلى اليسار. وهكذا في إيقاع سريع إلى الأمام ثم إلى الخلف. والوثب الطولي، والمشي على الخطوط الملونة. ومشي السلم: **وأنشطة الركل أو الرمي والمسك: كأن** يقوم الأطفال برمي كرات ذات أحجام مختلفة ولمسافات مختلفة باستخدام اليد اليمنى ثم اليسرى أحيانا، والقدم اليمنى ثم اليسرى أحيانا أخرى. والتدرب الأطفال على مهارات مسك الكرات ذات الأحجام المختلفةمن مسافات متباينة البعد. و ممارسة اللعب بكرة اليد أو القدم أو الطائرة. أو المضرب. واستخدم أنابيب مطاطية أو بلاستيكية أو من الإسمنت الصلب. بحيث تكون مختلفة الأحجام ليقوم الأطفال بالسير عليها لمسافات محددة. والوقوف على ألواح خشبية مثبتة على محور مستدير مع محاولة التوازن مع زميل له. أحيانا واعتمادا على نفسه أحيانا أخرى. وحمل أوعية مسطحة وبها. **والأنشطة الحركية الدقيقة:** بحيث تتضمن انشطة تآزر العين واليد. والتحكم المائي. والقطع باستخدام أمواس أو أدوات حادة: واستخدام أنشطة الورقة والقلم. ونسخ التصميمات: يقوم الأطفال برؤية بعض التصميمات ثنائية أو ثلاثية البعد ثم يحاولون نسخها أو نقلها على ورقة وتلوين أجزائها من الأوجه الظاهرة.

(4 – 2) التفاعل بين الوالدين والطفل:

يمثل التأثير القوي والممتد (طويل المدى) للوالدين على نمو الطفل اجتماعيا وعلى شخصيته حجر الزاوية الذي لون وشكل العقل الواعي في نظرية فرويد عن نمو شخصيته. ومع ان نظرية التعلم الاجتماعي قد ركزت على وسائل تربية الطفل لتفسير نمو شخصيته. فقد اكد الباحثون (Mitchell, 2004) على دور الوالدين كنماذج وكمعززين للسلوك الاجتماعي. والتأكيد على عملية التفاعل الاجتماعي بين الطفل ووالديه. فلا يقتصر الامر على ان الوالدين ينشآن الطفل اجتماعيا. بل ان الطفل ايضا ينشئهما اجتماعيا. (Martin, 2005) وكنتيجة للتفاعل الاجتماعي المتبادل بين الطفل ووالديه. فقد بدأ علماء النفس يتراجعون تدريجيا عن فكرة نموذج السببية للوالد Parent causation modelوالتي بمقتضاها يتسبب الوالدان في ان يسلك الطفل سلوكيات معينة وبطريقة معينة.

وتحدث كل من بيكر Becker وكروج Krug عن سلوك الامومة، واشارا الى ان وصف سلوك الام يتضمن ثلاثة أبعاد رئيسة هي (عبد المعطي وقناوي، 2007): السيطرة في مقابل الاستقلال الذاتي. والحب في مقابل العدوانية. والقلق الانفعالي في مقابل الانفعال الهادىءCalm detachment.

ويمكن النظر الى أساليب التفاعل بين الوالدين وطفلهما من جوانب متعددة نبرزها اليك فيما يلي:

1) **السيطرة الوالدية:**

صاغ هوفمان (Hoffman, 1974) ثلاثة أساليب مختلفة يستخدمها الوالدان مع طفلهما: تمثلت في الآتي:

1. **التأكيد على القوة Power assertion:**

يشير هذا النموذج الى استخدام العقاب البدني، الحرمان من الاشياء المرغوب فيها أو التهديد بها. ومن خلال هذا النموذج يسيطر الوالد على طفله بسببضعف الطفل وليس من خلال الذنب الذي ينجم عن تعرف الطفل على ذاته في والديه.

2. **التأكيد على انعدام القوة، والسيطرة من خلال سحب الحب Love – withdrawal:**

يتضمن هذا النموذج التعبير غير البدني للغضب الوالدي أو عدم الموافقة. مثال ذلك: التجاهل، العزل، التعبير عن عدم الرضا.. الخ. كما يعكس تأكيد فرض السيطرة من خلال سحب الحب لفترة زمنية طويلةفاعليته في حالة العقاب البدني.

3. **الاستقراء Induction:**

وعندما يفسر الوالدان لماذا يجب ان لا يقبل الطفل على سلوك ما، (كتحذير الطفل من النتائج الخطرة للمس موقد ساخن، أو اللعب بأسلاك كهربائية، ومخاطر الجري داخل المنزل أو في شارع عام... وغيرها) فان الوالد انما يستخدم السيطرة الاستقرائية محاولا بذلك اقناع طفله بتغيير هذا السلوك.

وتحدث بيكر Becker عن ابعاد سلوك الوالدين تجاه الطفل مشيرا الى ان الوالدين اللذين يستخدمان قدرا كبيرا من العقاب البدني. ينشئان أطفالا عدوانيين. ولخص أسباب العلاقة بين عدوانية الوالدين والطفل بثلاثة عواملهي أن استخدام الوالدين للعقاب البدنيقد يسبب الاحباط للطفل. مما قد يولد الغضب الذي عند الطفل في شكل سلوك عدواني. ويعتبر نموذجا لاستخدام العدوانية. ويعززان بطريقة مباشرة السلوك العدواني لدى الطفل.

2) **تربية الطفل واساءة معاملته:**

اشار الباحثون الى عدد من الاسباب التي تدعو الاطفال الى الشعور بأنهم غير مرغوب فيهم من قبل والديهم من ابرزها:

- اهمال الاطفال وعدم السهر على راحتهم واشباع حاجاتهم.
- انفصال الطفل عن والديه.

- التهديد بالعقاب البدني الشديد.
- التهديد بالطرد من المنزل.
- كثرة التحذيرات.
- اذلال الطفل. واشعاره المستمر بالسخرية من قبل والديه.
- تميز شخصية الابوين او احدهما بالعصبية وسيادة سلوك الضجر والتذمر عندما يقومان باشباع حاجات طفلهما.
- عدم حماية الطفل والاهتمام بشؤونه.

ولا شك بأن مثل هذا الشعور يسبب اضطرابا في شخصية الطفل واتباعه انماطا متباينة من السلوك كأن يكون الطفل الذي أسيئت معاملته من قبل والديهقلقا مضطربا شديد التعلق بوالديه. فيقوم بسلوك يتميز بالمقاومة والعناد والثورة والعدوانية من اجل لفت الانتباه. أو سلوك يدل على حقد الاطفال على البيئة المحيطة بهم.

3) التعلق الوالدي Attachment:

لاحظ كل من سيرز وآخرون ان السلوكيات الدالة على التعلق تنتج عن الوجود المستمر لأداء الآخرين لدور المغذي. فالطفل يتعلم ان يساعد أمه ليضمن مساعدتها كلما تطلبت دوافعه الأولية بعض التغيير في بيئته لكي يمكن تخفيف هذه الدوافع.

ويعتقد جون بولبي John Bowlby (Bowlby, 2005) ان التعلق البشري له اساس بيولوجي لا يمكن فهمه الا في اطار تطوري. بحيث يهدف التعلق الى وضع الطفل في اتصال وثيق ببعض اعضاء النوع وهو ينشط عندما ينفصل الصغار عن هذا العضو او يهددونه بذلك.

ويمر الطفل بثلاث مراحل للتعلق الاجتماعي هي:



1. مرحلة اللااجتماعية (عدم التعلق الاجتماعي):

وتبدأ من الميلاد. حيث تشير الدلائل الى ان تمييز الطفل لنفسه عن المثيرات البيئة الخارجية يكون هدفا رئيسيا لهذه المرحلة. مما دعا الباحثين الى اعتبار ذلك شرطا ضروريا لتطور التعلق الاجتماعي فيما بعد.

2. **مرحلة ما قبل الاجتماعية:**

وتبدأ هذه المرحلة من الشهر الأول وحتى الشهر السابع تقريبا. وتسمى هذه المرحلة أحيانا بمرحلة التعلق غير التمييزي. حيث يتعلم الطفل في هذه المرحلة – ومن خلال تفاعله مع الاخرين – ان يفرد الاشخاص كمواضيع تثيره وتستجيب له اكثر من غيرها في العالم حوله. وهو في هذه المرحلة غير قادر على تمييز أمه أو أبيه من الاشخاص المحيطين به.

3. **مرحلة الاجتماعية (التعلق الاجتماعي المتخصص):**

وتبدأ هذه المرحلة عادة بعد الشهر السابع حيث يبدأ الطفل في الاحتجاج اذا غاب عنه شخص معين (كالأم مثلا) وتظهر على بعض الاطفال علامات التعلق باكثر من شخص. ولكن يظل هؤلاء اشخاصا معينين. والطفل في هذه المرحلة بمقدوره ان يميز امه عن الافراد الاخرين.

4) **الانفصال:**

يعتبر قلق الانفصال Separation anxiety ظاهرة واضحة لدى الاطفال. وقد أوضحت دراسات شافر وامرسون ان القلق من الانفصال يبدأ من حوالي سن 7 – 8 شهور. وتنتهي عند حوالي سن 18 شهرا. ولقد شاهد الاباء مثل هذا السلوك عندما تركوا ابناءهم في المنزل مع جليسة اطفال. وعند مغادرة الوالدين للمنزل. فانهما عادة يسمعان الطفل وهو يصرخ. وعند عودتهم الى المنزل يخبران بأن الطفل لم يبك سوى لحظات قليلة. ويختفي قلق الانفصال عندما لا يصبح غياب الشخص يمثل حدثا للتباين.

5) **الاعتمادية:**

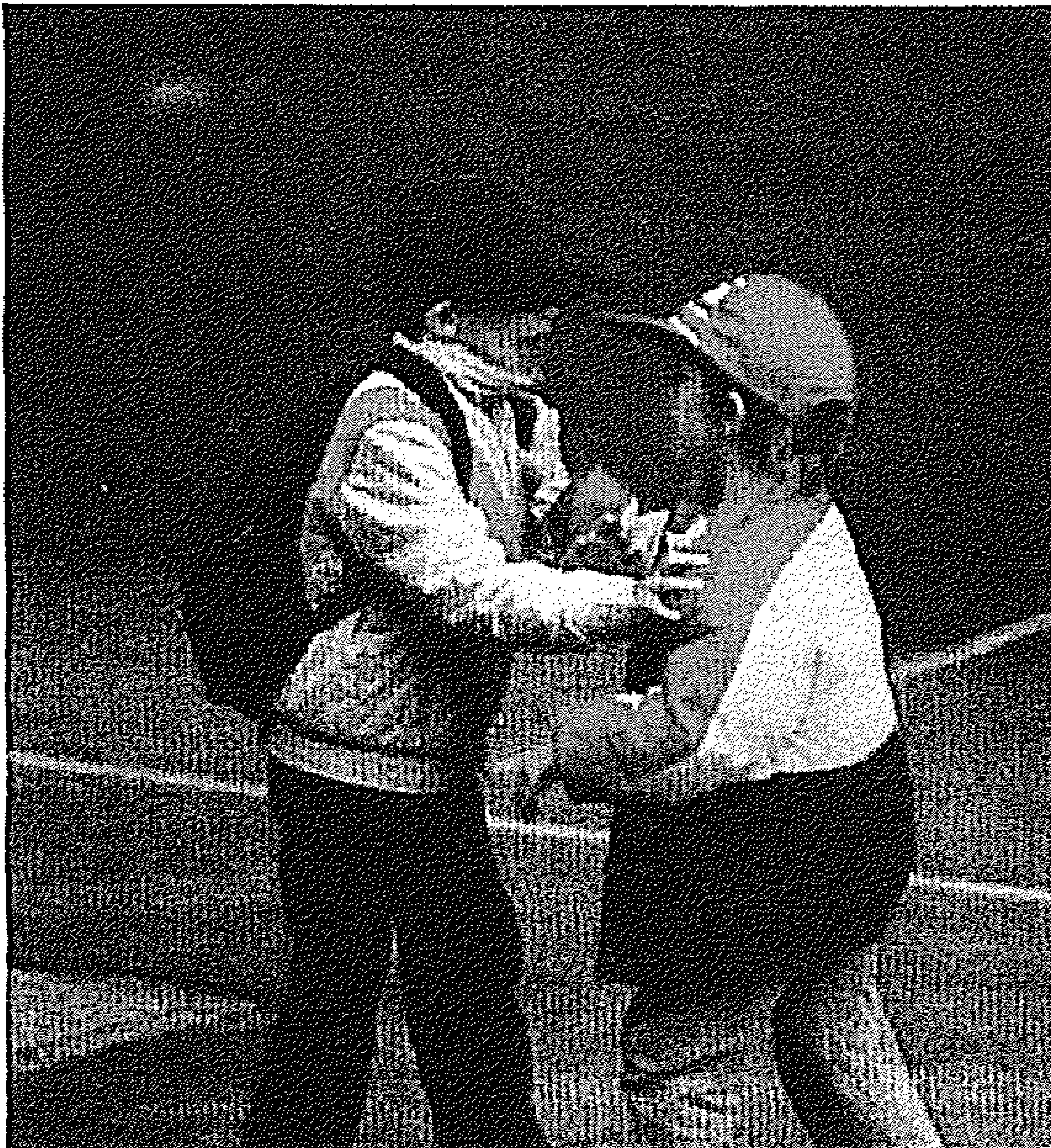
عرف هارتوب Hartup سلوك الاعتمادية على النحو التالي: " كلما قدم الفرد دليلا على ان الناس، كأناس، يوفرون الرضا والمكافأة. وكلما زاد الحث الاجتماعي Social stimulation الذي تقدمه الأم. زاد تعلق الطفل بها. وتشتمل الاعتمادية. البحث عن الاتصال الجسمي او الاقتراب من شخص ما، أو البحث عن المدح او الموافقة من شخص ما او محاولة جذب انتباه الغير. ومقاومة الانفصال عن شخص آخر. (Owens, 2006) وقد لاحظ الباحثون ان اعلى نسبة من الاطفال المعتمدين يأتون من أسر تقوم فيها الأم بالمكافأة والعقاب على الاعتمادية. وان سلوك المسامحة من قبل الوالدين يرتبط باعتمادية الاقران العالية خاصة بالنسبة للاطفال الاكبر سنا.

6) **الخبرة المبكرة:**

يجمع المنظرون في مختلف مدارس علم النفس بأن السنوات الأولى من عمر الطفل تشكل مرحلة حرجة وحساسة من مراحل حياته. لأنه يتأثر بالمثيرات البيئية بسرعة عالية. ومن الممكن ان يصبح عرضة للتعلم والمواقف والخبرات غير المناسبة. وأن الصغار عادة ما يكونون اكثر

قابلية للانفعال واسهل تأثرامن الذين يكبرونهم سنا. ويشير العلماء في هذا الصدد الى الاختلافات الفيزيولوجية بين الجهاز العصبي المركزي للطفل الصغير وبين الجهاز العصبي ذاته للراشد. ويرى المنظرون ان التعلم في تلك المرحلة بالذات (السنتان الاوليتان من عمر الطفل) تتصف بعدم الأهمية النسبية لأن دماغ الطفل في هذه الفترة لا يكون ناضجا. وقد يكون غير قادر على القيام بوظيفته بشكل ناجع. (Owens, 2006).

وفي عملية النمو الاجتماعي بين المنظرون الى ان اية مرحلة من مراحل الحياة تتكون أثناءها علاقة رئيسية هامة تعتبر مرحلة حرجة بالنسبة لتحديد طبيعة هذه العلاقة. وبينت الدراسات التي أجراها كلارك Clark عدم وجود سبب قوي يؤيد الافتراض القائل بأن اكتساب التعلم الطفولي أسهل من اكتساب التعلم المتأخر. كما انه لا يوجد أي دليل يبين ذلك النوع من التعلم أكثر بقاء في الذاكرة. واكثر مقاومة للمحو. وان الآثار المحددة لخبرات الطفل قبل الشهر السابع من العمر. تبدو ذات ديمومة قصيرة جدا. وتصبح آثار التعلم المبكر طويلة المدى. لدى تعزيز هذا التعلم بشكل مستمر. وتكوين هذه الآثار في أغلب الأحيان نتيجة لعمليات التعزيز الأخيرة اكثر من كونها نتيجة للتعلم الاصلي. (هربرت، 1980) ويعتقد كلارك ان العمليات النفسية المختلفة تتأثر بالخبرات المبكرة غير المناسبة. بأشكال مختلفة. وبينت نتائج تجاربه على الاطفال الذين يتعرضون لمحنة مبكرة في حياتهم ان الحركات الجسمية المرئية أثناء شفاء الاطفال من محنتهم تكون اكثر مرونة وتكيفا مع تلك المحنة. بينما تكون الوظائف الانفعالية اكثر سرعة وقابلية للتأثر بها. مما حدا بكلارك التشكيك في الاعتقاد السائد بان شخصية الفرد تتشكل خلال مرحلة الطفولة. وان القول بثبات سمات الطفل النسبية في سن مبكرة جدا قول مبالغ فيه. (Owens, 2006)



7) الطفل المتواكل:

تشكل استجابة الطفل للانفصال حدثا هاما من احداث نموه باتجاه النضج الانفعالي. ويرى اريكسون Erickson "أن الانجاز الاجتماعي الأول للطفل هو رغبته في ترك أمه بمنأى عن نظره دون قلق او غيظ مفرط. لأن الأم تغدو يقينا داخليا بالاضافة الى كونها تنبؤا خارجيا بالنسبة لطفلها." (هربرت، 1980). وتتراوح مظاهر قلق

الانفصال بين الاحتجاجات البسيطة التي يقوم بها الطفل لدى ذهابه الى المدرسة في بداية الاسبوع. وعندما يدعه الوالدان يذهب نحو باب المنزل المجاور. والاطفال الذين يتصفون بالتواكل الشديد يهتمون اهتماما مرضيا بأمهاتهم وبأماكن تواجدهن. ويتحدث المنظرون في هذا الجانب الى ان التواكلية لا تعتبر مشكلة بالنسبة للاطفال في المرحلة المبكرة من الطفولة فهي ضرورية فعلا للطفل في هذه المرحلة بالنظر لكونه غير معد اعدادا كافيا للحياة. وانه لا يستطيع اعالة نفسه اذا ما قورن بصغار الانواع الحية الأخرى. (Owens, 2006)

ويظهر التعلق جليا من ملاحظة اشكال السلوك المختلفة التي يصدرها الاطفال باتجاه من يقدمون اليهم الرعاية والامان. فهم يركضون عندما يشعرون بالخوف ويرتمون بين ايديهم باحثين عن الراحة والاطمئنان عندما ينزعجون ويشعرون بالامنوالاستمتاع بمجرد الوجود بقربهم. او باعتقادهم بامكانية رؤيتهم.

8) العدوانية:

العدوان سلوك متعلم أو مكتسب عبر التعلم والمحاكاة نتيجة للتعلم الاجتماعي Social learning حيث يتعلم الطفل الاستجابة للمواقف المختلفة بطرق متعددة قد تكون بالعدوان او التقبل. وهذا يعود لنوعية العلاقة التي تسود داخل أسرة الطفل. وقد اهتم علماء النفس بالعدوان منذ فترة طويلة وقدمو له تفسيرات عديدة:

ويرى اصحاب **النظرية البيولوجية** بان منطقة الفص الجبهي والجهاز الطرفي مسؤولة عن ظهور السلوك العدواني عند الطفل. وعند استئصال بعض التوصيلات العصبية في هذه المنطقة عن المخ. أدى الى خفض التوتر والغضب والميل الى العنف. وأدى الى حالة من الهدوء والاسترخاء. ويحدث عكس ذلك عندما تستثار بواسطة التيار الكهربائي. (Erwin, 2003) وأشارت النتائج التي أجريت على منطقة الهيبوثلاموس – وهي منطقة صغيرة في أسفل المخ – إلى أن استثارتها عند الكائن الحي باستخدام تيار كهربائي. يؤدي إلى ظهور الاستجابة العدوانية. وهي تستثار عادة بايعازات من لحاء المخ. وذلك عند مواجهة الكائن الحي تهديدا خارجيا.

بينما ترى **نظرية التحليل النفسي** ان العدوان غريزة فطرية لا شعورية تعبر عن رغبة كل فرد في الموت. ودافعها التدمير. وتعمل من أجل إفناء الإنسان بتوجيه عدوانه خارجا نحو تدمير الآخرين. وإذا لم يستطع ذلك يرتد ضد الفرد نفسه بدافع تدمير الذات. والشكل البارز له هو الانتحار. وتقابلها غريزة أخرى سماها فرويد بغريزة الحياة. ودافعها الحب والجنس. تعمل من اجل الحفاظ على الفرد وبقائه. وأكد أدار وهو أحد اتباع نظرية فرويد ان العدوان وسيلة للتغلب على مشاعر القصور والنقص والخوف من الفشل. وإذا لم يتم التغلب على هذه المشاعر. عندئذ يصبح العدوان وسلوك العنف استجابة تعويضية عن هذه المشاعر.

ويرى **أصحاب النظرية الأيثولوجية** أن الإنسان حيوان مفترس. ورث من أسلافه الغرائز العدوانية. ولا يوجد أي احتمال لاستئصال هذا العنصر من الطبيعة البشرية. لأنها ثابتة وغير قابلة للتغيير. ويرى هؤلاء أن العدوان أو العنف عند الفرد يتضمن نظاما غريزيا يستمد طاقته العدوانية من مصادر ذاتية مستقلة عن المثيرات الخارجية. وربط هؤلاء غريزة العدوان بحاجة الفرد للتملك والسيطرة. وافترضوا ان الإنسان يعتدي لإشباع حاجته الفطرية للتملك والدفاع عن ممتلكاته. فعندما يشعر بتهديد خارجي سيقع عليه أو على ممتلكاته. تتنبه غريزته العدوانية فيغضب ويتوتر ويختل توازنه الداخلي.

وأكد أصحاب **نظرية الإحباط – العدوان** أن الإحباط ينتج دافعا عدوانيا يستثير سلوك إيذاء الآخرين. وان هذا الدافع ينخفض تدريجيا بعد إلحاق الأذى بالشخص الآخر. وان هذه العملية تسمى بالتنفيس أو التفريغ (Bandura, 1977). ويعني ذلك أن الإحباط يؤدي حتما إلى العدوان. وان العدوان يفترض دائما ان يكون مسبوقا بالإحباط. إلا أن أحد اتباع هذه النظرية قد عدل الفرض. واعتبر ان العدوان محصلة للغضب وان أسباب هذا الأخير كثيرة. منها الإحباط والإهانة والشعور بالظلم والجوع. وان الإحباط لا يؤدي إلى العدوان بشكل مباشر. ولكنه يؤدي إلى الغضب مما يجعل الفرد مهيئا للقيام بالعدوان.

وتقوم **وجهة النظر السلوكية** على أساس ان الأنماط السلوكية محكومة بتوابعها. فالسلوك تزداد احتمالات حدوثه في المستقبل عندما تكون نتائجه إيجابية. وتقل احتمالات تكراره عندما تكون نتائجه سلبية. وينطبق هذا الرأي على تفسير السلوك العدواني. فعندما يقوم الطفل بالعدوان ويعاقب على ذلك. فانه يتجنب القيام بمثل هذا السلوك في المستقبل. أما إذا حصل على مكافأة أو تعزيز لقاء قيامه بمثل هذا السلوك. فانه يميل إلى تكراره في المواقف المشابهة.

ويرى **أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي** (Bandura, 1977) عن أن الطفل يمكن ان يتعلم سلوكا جديدا بمجرد مراقبته لطفل أو شخص آخر يمارس مثل هذا السلوك. وفي تجربته حول التعلم بالملاحظة ومحاكاة النموذج.

ينتشر السلوك العدواني بين الاطفال. بمظاهر واشكال متعددة. وتشير الدراسات الى وجود ظروف ومتغيرات عند الطفل تهيىء لظهور السلوك العدواني. ونستطيع ملاحظة العدوانية للأطفال أثناء لعبهم مع بعضهم البعض. أو اللعب بالدمي. أو غير ذلك. وقد ذكر الباحثون انه فيما بين سن الثانية والخامسة تقل العدوانية البدنية بين الاطفال بينما تزداد العدوانية اللفظية. وأشارت الدراسات كذلك الى ان الذكور هم اكثر عدوانية من الاناث خاصة ما يتعلق منها بالسلوك البدني المباشر. اما الاناث فيعبرن عن عدوانيتهن بطرق غير مباشرة.

وقد أشار مارتن (Martin, 2005) الى ان الاستخدام العنف للسيطرة عن طريق فرض القوة (خاصة العقاب البدني) يرتبط ارتباطا وثيقا بالعدوانية لدى الاطفال بصرف النظر عن السن. أو جنس الطفل. فالآباء الذين يستخدمون العقاب الشديد يولدون العدوانية لأطفالهم لأنهم يسببون احباطا لدى الطفل. ويقدمون نماذج للسلوك العدواني.

وأوضحت الدراسات التي أجريت على السلوك العدواني في مرحلة الطفولة المبكرة. ان الافتقار للدفء الابوي يرتبط هو الآخر بالعدوانية. وترتبية الطفل التي تتسم بالبرود والنبذ تساعد على توليد السلوك العدواني لدى الاطفال. وأن السلوك العدواني يرتبط بشكل مباشر مع سلوك المسامحة الذي يسلكه بعض الآباء اتجاه اطفالهم. وقد دلت نتائج الدراسات المتعلقة بالمنحرفين ان سلوك المسامحة المقرونة بالعدوانية الوالدية تزيد من السلوك العدواني عند الاطفال.

9) العلاقة بين الأقران:



ان جزءا كبيرا من التنشئة الاجتماعية للطفل يخضع لسيطرة الراشدين. بسبب العلاقة التي تربط الطفل بوالديه. ولكن عندما يدخل الطفل عالما جديدا. يهيمن عليه الاقران. سواء كان ذلك في الروضة او الحي الذي تسكنه اسرته. فان هؤلاء الاقران يصبح لهم تأثير متزايد على التنشئة الاجتماعية.

وقد درس الباحثون بشكل مستفيض كيفية تشكيل جماعات الاقران. والتغيرات التي يمرون بها في اثناء هذا التشكيل. وما خط الصداقة مع الاقران من نفس الجنس ومن الجنس الآخر. وكيف تؤثر جماعة اقران الطفل على تعلم الطفل واكتسابه للمعايير الاجتماعية.

وتتكون جماعات الاقران من افراد متفاعلين مع بعضهم البعض. يتصادف وجودهم في نفس المكان وفي نفس الوقت. ولهم اهداف ومعايير مشتركة. وهناك عدة عوامل تؤثر على التقبل الاجتماعي للطفل في جماعة الاقران كالنضج الاجتماعي Social maturity والجنس Sex والطبقة الاجتماعية Social class. ومن ثم تلعب جماعة الاقران دورا هاما في النمو الاجتماعي

للطفل وعملية التطبيع الاجتماعي من خلال التوحد بالاقران. والتعلم الاجتماعي وتعلم الادوارRole playing. فيكون الاقران مرجعا لحقيقة الطفل عن ذاته. ويؤدي الامتثال لمعايير الجماعة دورا هاما في تشكيل سلوك الطفل في هذه المرحلة. فيتصرف وفقا لهذه المعايير.

وتؤكد الدراسات التي اجريت على الاطفال ان لعب الأطفال يتطور من الفردية الى الجماعية ضمن مراحل تطورية حيث يسود **اللعب الفردي Individual play** في السنوات المبكرة من عمر الطفل. ويبدأ **اللعب الشاغر Un – occupied**: من العامين الأولين من عمر الطفل. بملاحظاته الشاغرة التي ينتقل بملاحظاته وانتباههسريعا من موضوع الى موضوع آخر. بحيث يتطور هذا النوع من اللعب الى ما يسمى بلعب المشاهدة Looking on play الذي يبدأ عندما يستمتع الطفل بملاحظة العاب الاطفال الآخرين. **ويظهر اللعب الجماعي Group play** في سن الثالثة من العمر. وغالبا ما يخطط الطفل في هذه المرحلة لبعض الانشطة. فيأتي بطفل آخر ليلعب معه. وكلما تقدم الطفل في العمر يزداد تخطيطه للعب. كما يقلد الطفل في هذه المرحلة العاب الأطفال الآخرين. فيظهر **اللعب الموازي Parallel play**: وهو لعب مستقل يقوم به جنبا الى جنب اثنان او اكثر من الاطفال. وهم يعملون نفس الشيء تقريبا. ولكن بدون تعاون فعال. بالرغم من وجود اهتمام متزايد بنشاط بعضهم البعض. كما يظهر **اللعب الترابطي Associative play**: في سن الرابعة من العمر. وفيه يلعب الطفل مع اقران آخرين في انشطة متشابهة منظمة بطريقة فضفاضة Loosely organized فترى الطفل يشارك الاخرين في انشطتهم ويستعمل نفس المواد والالعاب التي يستعملها الطفل الاخر. ويراقب انشطة الاخرين وينفذها مع شريكه في اللعب. (Hirschfed& Gelman. ; 2004).

ويظهر اللعب التعاوني Co – operative play: وهو نوع من اللعب يتضمن تنظيما اجتماعيا معقدا لنشاط مجموعة الاطفال المشاركين فيه. بحيث يخضع كل طفل في لعبه لروح الفريق. ويؤدي عملا أساسيا يطلب منه. ويخضع لقائد النشاط الذي يوجه نشاط الجماعة في العابها. ومع الاقتراب من مرحلة المراهقة يمارس الطفل **لعب العصابات Gann groups play**: ويطلق على هذا النوع من اللعب بنشاط العصابات. وتسيطر على نشاطه.

(4 – 3) الروضة والنمو النفسي للطفل:

يساهم التعليم المدرسي الصحي والإيجابي مساهم فعالة في تكوين كل الجوانب المختلفة بالإحساس بالكفاية الشخصية وتحقيق الذات والتوظيف الكامل لقدرات الفرد. وقد أورد النشواتي (2003) عددا من المقترحات تنطوي على بعض الفوائد التي تمكن المعلم من توفير مناخ تعليمي صحي وإيجابي:

1) **التفاعل الصفي:**

فمجرد وجود المتعلم في الوضع الصفي يوفر له فرص التفاعل الناجح مع الآخرين بالرغم من عدم تساوي فرص التفاعل لدى كافة المتعلمين بحيث يختلفون في مقدار مساهماتهم في النشاطات الصفية.

2) **التعبير عن الانفعالات:**

تمثل المدرسة المكان الملائم لتنمية الإمكانات العقلية والانفعالية للمتعلم. وتهي له المناخ المناسب كي يستطيع من خلالها التعبير عن أفكاره ومشاعره بشكل صريح وتام. ويمكن للمعلم في هذه الحالة أن يزود طلبته بالقدرة على فهم أنفسهم وعالمهم بتوفير الفرص التي تساعدهم على الانفتاح والتعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم حيال ما يواجهون من مشكلات وتساؤلات واستفسارات.

3) **توفير مناخ تعليمي تقبلي:**

ويحتاج الإنسان عبر مختلف مراحله العمرية إلى الإحساس بأنه مقبول ومحبوب بالرغم من إدراكه بأن بعض جوانب سلوكه مرفوضة أو غير مرغوب فيها. ويستطيع المعلم إنتاج مناخ تعليمي تقبلي في صفه باتباع أساليب عديدة كالابتسامة الدالة على الرضى والتفاعل الودي والتشجيع على بذل المزيد من الجهد ومخاطبة المتعلم باسمه والاقتناع ببعض أعذاره.. الخ.

4) **تزويد المعلمين بقواعد واضحة:**

ويحدد المعلم قواعد السلوك المناسب بوضوح لطلبته ويتأكد من معرفة المتعلم لها ربما تكون أفضل الطرق التي تساعد الطفل على معرفة ما المتوقع منه فوجود مثل هذه القواعد لدى الطفل وتطبيقها على نحو ثابت ومنسق تحقق فهم الطفل من أنه موضع اهتمام المعلم ورعايته. والإحساس بالعدالة عند إرغامه على إطاعتها.

5) **إتاحة فرص النجاح:**

وأوضحت الدراسات والبحوث أثر النجاح والفشل من قبل المعلمين في تكوين مفهوم الذات عند المتعلم وإحساسه بكفايته الشخصية. وأن النجاح يؤدي إلى مزيد من النجاح بينما يؤدي الفشل إلى مزيد من الفشل. وعلى المعلم إزاء ذلك أن يتيح أكثر الفرص إمكانا للشعور بالنجاح عند طلبته. ومثل هذا الشعور يؤدي بالضرورة إلى رفع مستوى طموحاتهم ويمكنهم من الإنجاز الأفضل على المستويين النفسي والتحصيلي.

(4 – 4) أساليب الارشاد النفسي لطفل الروضة:

يساعد تقديم الرعاية المناسبة في الوقت المناسب لطفل هذه المرحلة على الوقاية من الخبرات الصادمة التي تحدث في الغالب في تلك الفترة من العمر. كما يساعد على سرعة التعلم وتشكيل شخصيته بانطباعات ليس من السهل محوها مما يسهم بشكل فاعل في تحديد نوع الخبرة التي تؤثر بقوة على نموه العقلي المعرفي. وان القصور في تقديم الخدمات الارشادية للطفل والخبرات المرتبطة بالحرمان الحسي المبكر يصعب تعويضه. ففي الحالات الطبيعية نجد ان العينين ترسلان عادة رسائل الى القشرة الدماغية عند الاستثارة البصرية. وعند حدوث تشويه او اذا كانت المثيرات المعروضة امام المجال البصري لا تحفزه على الاتصال العقلي او التفاعل. فان ذلك لا يثيرها ولا يساعد على تطوير هذه الحاسة. وعند محاولة التدريب على الحاسة بعد فترة الفقد او عدم التوظيف. يكون من الصعب استعادة كفاءة هذه المراكز. وابرزت بدير متطلبات النمو الجسمي في هذه المرحلة من حيث: ضبط حركات الجسم والمحافظة على التوازن ومعرفة وظيفة كل عضو من اعضائه الخارجية واتقان هذه الوظيفة الى حد كبير. والصحة العامة والتغذية المتوازنة المناسبة لعمر الطفل. مشيرة في الوقت نفسه الى السلوكيات الواجب اتباعها في تناول طفل هذه المرحلة للطعام والتي اشتملت على الاتي:

- الحفاظ قدر الامكان على مواعيد تناول الطعام باوقاته الثلاثة: الفطور والغذاء والعشاء.
- الحفاظ كذلك على الهدوء أثناء الوجبات وعدم الشجار سواء كام ذلك بين الوالدين او بين الاخوة انفسهم وعدم توجيه اللوم باستمرار.
- تنبيه الطفل بعدم اللعب اثناء الاكل ويترك ذلك الى الطفل كي ينال كفايته من اللعب ومن النوم قبل الاكل.
- عدم الضغط على الطفل ليأكل فوق شهيته.

ويحتاج المربون وأولياء الامور الى تحديد كيفية الاستفادة من الانشطة الحركية لاطفال الروضة من اجل تشجيع تكوين مفهوم الذات الايجابي المستقر من خلال زيادة قدرتهم على استخدام اليد في التعامل مع الاشياء كالاقلام والجري والقفز والتسلق. وزيادة القدرة كذلك على اداء الحركات الاكثر دقة باليد والعين حينما يتعامل يدويا مع اشياء اصغر وادق. والاستجابة للتغيرات في الموقف الخارجي استجابة اسرع واشمل.

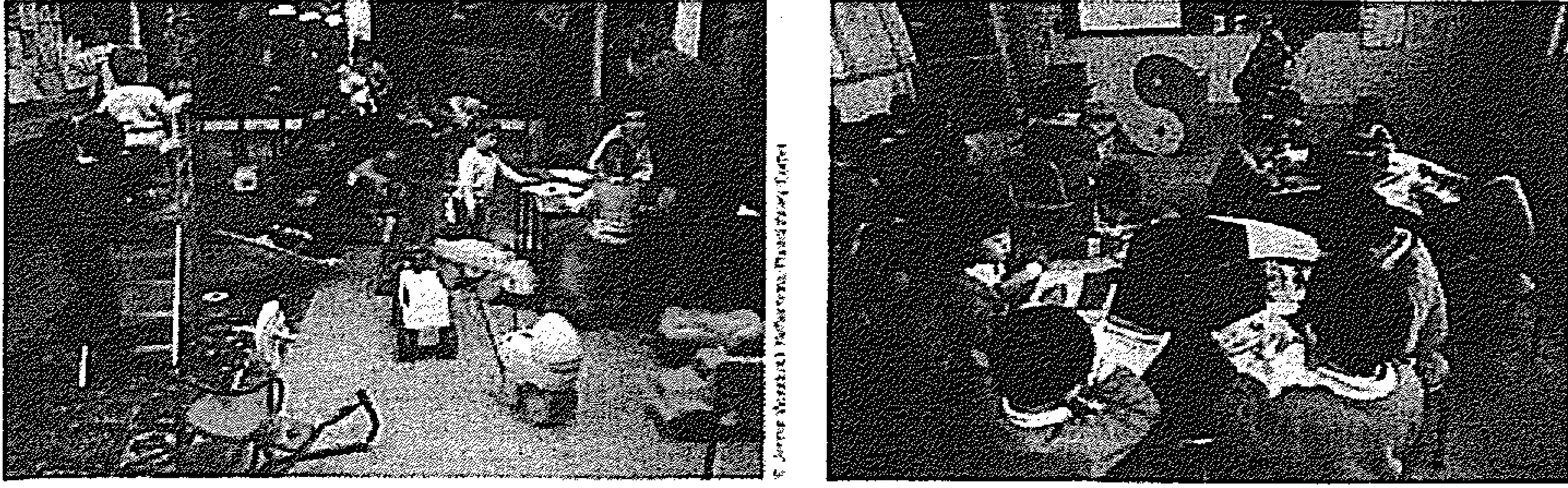
1) دور المرشد النفسي:

على المرشد النفسي ان يأخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- عدم اخبار الاطفال مسبقا عن المهارات التي سوف يؤديها لان من الاستراتيجيات المهمة هو ان تساعد طفل الروضة على التفكير وتشجيعه على المبادرة والتقائية. والتقليل من الاعتماد على تكرار انماط محددة يقوم بتقليدها.
- اعطاء معلمة الروضة الفرصة لابتكار الحركات والمرونة في اداء الاطفال.
- اختيار المكان المناسب لأداء الحركات والانشطة الحركية حيث يشكل المكان اهم المتغيرات والعوامل التي تؤثر على فعالية الحركات وتطبيقها.
- التناوب بين ممارسة الالعاب بالأدوات الصغيرة للعب. بحيث يشكل التنسيق مع فصول المدرسة والتنظيم مع الانشطة الاخرى صعوبة تواجه ممارسة المهارات الحركية.
- تعد شروط الامن والسلامة من الضوابط المهمة لأداء الانشطة الحركية.
- كما تشكل الاماكن الواسعة أهم عوامل نجاح النشاط البدني للاطفال. فالانشطة الحركية التي تمارس خارج الفصل تساعد على النمو الحركي وتؤدي الى اللياقة البدنية.
- التأكيد على تحقيق المتعة للطفل أثناء ممارسة الالعاب والمهارات الحركية. بحيث يساطيع الطفل ان يكتشف ذاته ويبتكر في حركاته ويكون شغوفا ليوسع مدى حركاته. ويختبر ذاته وقدرته على التوازن والاتزان من خلال السير على ارتفاعات مختلفة او السقوط من ارتفاع محدد.
- اللعب الحر والنشاط البدني يكسب الطفل المعرفة عن ذاته الجسمية وكفاءته الحركية ودور معلمة الروضة في تحفيز الطفل واستثارته لاستخدام جسمه من خلال انشطة متنوعة في ظروف مختلفة. وافساح المجال اوافساح المجال امام الطفل من خلال حركات الاتزان والاسترخاء والسيطرة على الجسم.
- تعتبر الانشطة الحركية وسطا مباشرا للتعلم. يوفر تغذية فورية لا تعتمد على الكلمات والالفاظ. ولكن الطفل يحصل على الناتج الفوري لأدائه وفاعليته في اكتشاف نفسه وبيئته.
- ان استخدام الكلمات التلقائية أثناء اللعب وبمصاحبة الحركات ينمي المهارات اللغوية عنده ويشجع الابداع اللغوي لديه.
- وعلى معلمة الروضة كذلك: اتاحة الفرصة لتوسيع مدارك وخبرة الاطفال والمبادأة والتخيل والاستقلال في الاداء، وتقديم التوجيه وتعديل الخطأ وقت حدوثه، وان تستخدم التشجيع الايجابي بطريقة هادئة. وان تكون المهام في حدود قدرات الطفل وامكاناته والتنوع في الادوات والمواقف والافكار الخاصة بالمهارات الحركية.

ويعد حب الاستطلاع الطبيعي مدخلا اساسيا للمعرفة لدى طفل الروضة. حيث تلعب المعرفة في هذه المرحلة من العمر الدور الاساس في عملية التنمية في مجالاتها المختلفة البشرية والاقتصادية والسياسية. والتي يمكن اكسابها للاطفال أثناء مراحل نموهم المتتابعة. وقد اعتبر بياجيه ان هناك عمليات معينة تكمن وراء التعلم تمثلت في التكيف مع البيئة وتنظيم الخبرة بواسطة الاداء والذاكرة او الادراكات او غير ذلك من انواع النشاط العقلي. فالطفل بتطور نموه يتكيف مع سلسلة متوالية من البيئات ويتصف بتعقد متزايد من التنظيم. كما تؤثر البيئة التي ينشأ فيها الطفل في معدل نموه

2) دور معلمة الروضة:



تساؤلات عديدة يسعى علماء النفس جاهدين للاجابة عنها بهدف معرفة وتحديد طبيعة النمو الانساني والتغيرات التي تصاحبه عبر دورة حياة الانسان. ويتبادر ازاء ذلك عدد من الاسئلة الاخرى التي نبحث عن اجابات محددة لها. (Binger, 2003):

- ما نمط التغير الذي يطرء على الانسان مع نموه
- ما التنظيم الذي تتخذه حياة الانسان في دورة حياته الكلية؟
- ما الخصائص التي يتميز فيها نمو كل مرحلة من مراحل دورة الحياة؟
- ما الذي نتوقعه من الفرد في كل مرحلة من مراحل حياته؟
- ما درجة الاتساق في التغير من مرحلة الى مرحلة اخرى في حياة الانسان؟
- ما درجة العمومية والتفرد في الشخصية الانسانية في حياة الانسان المختلفة؟
- ما الذي يمكن ان تقدمه للانسان حتى يفهم مسيرة حياته تجنبا لمشاعر القلق او الخوف من المستقبل؟
- ما الذي يمكن ان تقدمه دراستنا لنمو سلوك الاخرين في فهم نمونا الذاتي؟
- ما العوامل والقوى والمتغيرات التي تؤثر في النمو الانساني عبر مدى الحياة؟
- ما الذي يمكن ان تقدمه دراسة النمو في مواجهة متطلبات الانسان في الماضي والحاضر والمستقبل؟

(4 – 5) اهداف الارشاد النفسي لمعلمة الروضة:

ان الهدف الاساسي للارشاد النفسي للاطفال هو في مساعدته في تحقيق نمو سليم متكامل وتوافق سوي. ولقد حاول علماء النفس الوقوف امام ظاهرة النمو الانساني والمتغيرات التي ترتبط به ليفرز علما قائما بذاته من اجل الاجابة عن كل التساؤلات التي يبحث القارىء اجابات محددة لها. ولا شك في ان فهم خصائص نمو الاطفال في المراحل العمرية الاولى للنمو الانساني تساعد العاملين في المؤسسات التعليمية الخاصة بهم على التخطيط واعداد المناهج التعليمية والانشطة المرافقة التي تساعد في بناء شخصية الطفل وتطورها بما يتناسب واحتياجاتهم وانارة الطريق فيما يقدمونه من مواد معرفية ودراسية تتلاءم وانشطة والعاب حاجات الاطفال واستعداداتهم ومستوى نضجهم.

ويمكن تقديم الخدمات الارشادية في مختلف مراحل التعليم للاطفال سواء من خلال الاسرة او المؤسسات التعليمية المتنوعةاو مراكز التوجيه والارشاد النفسي او العيادات الصحية ومراكز الرعاية الاجتماعية الخاصة بهم. حيث تهدف الخدمات العلاجية للاطفال الى توفير جو نفسي امن للطفل يشعر من خلاله بالدفء والاهتمام دون خوف او وجل. كما تسعى هذه الخدمات الى التغلب على المشكلات النفسية التي قد يعانون منها.

وتسعى الخدمات التربوية لمعلمة الروضة الى التعرف على قدرات الاطفال وتشخيص حالات التأخرالدراسي وعلاجها خاصة ممن يعاني من صعوبات في التعلم. وتقديم البرامج التربوية الهادفة التي تتلاءم وقدراتهم واستعداداتهم.

وتنصب الخدمات الاسرية لمعلمة الروضة على دراسة العلاقات بين اعضاء الاسرة الواحدة والعمل على تغييرها بما يحقق النماءالايجابي للابناء والتوافق السليم لكل اعضاء الاسرة بمن فيهم الابوين.

وتهتم معلمة الروضة بصحة الطفل واجراء الفحوص الدورية المتتابعة كلما انتقل من مرحلة نمائية الى مرحلة نمائية جديدة. وتعليم الطفل العادات الصحية السليمة. بتدريبه على احداث السلوكيات السوية. وارشاد الابوين نحو تعليم اطفالهم العادات الصحية السليمة وتسعى مراكز الارشاد النفسي التربوي في المؤسسات التعليمية الى العمل على زيادة الوحدات الصحية التي تقوم بالعناية وحماية الاطفال من اي خلل او اضطراب يصيبهم. كما تعنى بتقديم خدمات الرعاية النمائية في كل مرحلة من مراحل نمو الطفل بما يحقق التوافق السليم له. واتاحة الفرصة لاستكشاف البيئة من حوله والعمل على تحقيق مطالب النمو في مختلف المراحل النمائية المتتابعة.

ومن الضروري الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية للطفل واكسابه الاستجابات السلوكية الاجتماعية المناسبة لقيم وعادات وتقاليد المجتمع ومعاييره وتعديل الاتجاهات السلبية للوالدين نحو طفلهما وتدعيم العلاقات بين كل من الطفل ووالديه واخوته واقرانه وجيرانه وابعاده عن مصادقة اقران السوء الى جانب الاهتمام بالنواحي الروحية والاخلاقية من خلال تزويده بالقيم الدينية والاخلاقية.

خامساً: مرحلة الطفولة المتوسطة وأساليب الإرشاد فيها:

تبدأ هذه المرحلة من سن: 6 – 9 سنوات ويسميها عدد من الباحثين بالمرحلة الابتدائية الأولى. حيث يدخل الطفل في هذه المرحلة المدرسة الابتدائية اما قادما من المنزل مباشرة او منتقلا من دار حضانة او رياض الاطفال. وفي هذه المرحلة تتسع الافاق العقلية المعرفية للطفل. ويتعلم المهارات الاكاديمية المختلفة. كما يتعلم المهارات الجسمية اللازمة للالعاب والوان النشاط العادية. وتتضح في هذه المرحلة كذلك فردية الطفل وسعيه نحو اكتساب اتجاهات سليمة نحو ذاته. زوتتسع دائرة علاقاته الاجتماعية فينضم الى جماعات جديدة وتطرد عملية التنشئة الاجتماعية وتزداد استقلاليته عن والديه واسرته.

ومع انتقال الطفل من حياة البيت الى المدرسة. فانه يدخل في حياة جديدة مليئة بالخبرات الجديدة وتعتبر هذه المرحلة بداية رحلة تعليمية طويلة تنتهي بوصول الطفل الى مرحلة الرشد. وتلعب المدرسة دورا هاما وفاعلا في حياة الطفل وتكسبه كثيرا من انماط السلوك الجديد والمهارات الأكاديمية وتتوسع حصيلته الثقافية وتمكنه من ممارسة العلاقات الاجتماعية. وتزداد الفروق الفردية بين الجنسين وضوحا في هذه المرحلة. وتتفوق الاناث في الذكاء عن الذكور في هذه المرحلة بحوالي نصف سنة.

ويؤثر كل من المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسربشكل واضح في النمو العقلي للطفل. هذا بالاضافة الى دور المدرسة ووسائل الاعلام السمعية والمرئية على نمو الذكاء لدى اطفال هذه المرحلة. وقد لاحظ الباحثون ان انخفاض المستويات الاجتماعية والاقتصادية لبعض الأسر تعيق نمو الذكاء عند اطفالهم. نتيجة عدم قدرة الأهل على توفير فرص التعليم لأبنائهم. ونقص في تشجيع الاباء لأبنائهم لمزيد من التحصيل. وأشار الباحثون كذلك. الى الأثر الواضح الذي يتركه التعزيز الاجتماعي لدى الاطفال. وتؤكد الدراسات كذلك الى ان النمو العقلي يرتبط بالنمو الاجتماعي والانفعالي. والأطفال الذين يتميزون بالاعتمادية في سلوكياتهم يكون تقدمهم العقلي أقل من الأطفال الذين يتسمون بالاستقلالية في سلوكياتهم في مثل سنهم. .(Berk, 2007)

(5 – 1) دور المرشد النفسي في التعامل مع مشكلات الاطفال في هذه المرحلة:

للمرشد النفسي دور هام في في ارشاد اطفال هذه المرحلة والتي عادة تتلازم مع ارشاد والدي الطفل في التعريف بالخصائص النمائية للطفل وطبيعة المشكلات التي قد تواجهه حتى يمكنهم التمييز ما بين السواء واللاسواء في سلوك اطفالهم.



لذلك تستمد العلاقة الارشادية مع اطفال هذه المرحلة من الخصائص النمائية للطفل وحاجاته. بحيث يشبع الطفل تلك الحاجات من خلال اعتماده الكلي على الام ليبدأ في هذه المرحلة من التحرر والاستقلالية والاعتماد على الذات. فينخفض اعتماده على ابويه بشكل تدريجي خاصة عندما يتعاون الاباء والمعلمون في وضع تصوراتهم لما ينبغي ان يكون عليه طفل هذه المرحلة. ويكون يكون المرشد النفسي اشباع حاجة الطفل في التحرر التدريجي والاستقلالية والاعتماد على الذات. وتقبل الطفل بما هو عليه وليس ما ينبغي ان يكون عليه.

ويحتاج طفل هذه المرحلة الى الامن والطمأنينة نتيجة الاستقلالية والاعتماد على الذات وانصراف الوالدين عنه مما يتحتم على المرشد النفسي اشباع حاجته تلك عن طريق المقابلات الارشادية. ومع تقدم الطفل في العمل يجد نفسه في حيرة وصراع بين ضرورة الحياة مع الواقع والتمسك بالكمال والمثالية التي نشأ عليها في كنف والديه. وفي هذا المجال يمكن للمرشد النفسي مساعدة الطفل في التعامل بشكل تدريجي مع الطفل كي يسهل عليه الانتقال التدريجي للحياة الجديدة. خاصة وان الطفل يسعى في هذه المرحلة الى تكوين الصداقات وكسب حب الاخرين او تجنب كرههم. بحيث يتركز دور المرشد النفسي في الكشف عن مثل هذه الميكانزمات واعطاء الحلول المناسبة لذلك.

وعلى المرشد النفسي مساعدة الطفل على التمييز بين حاجاته الايجابية كالانتماء والارتباط والحب وانماط سلوكية وانفعالية اخرى كالنرجسية والغيرة والعدوان. مع التأكيد على ان الاتزان الانفعالي يتحقق عندما يتم اشباع الحاجات الايجابية للطفل. ومساعدته في حل المشكلات التي قد تصادفه ازاء هذه العلاقة.

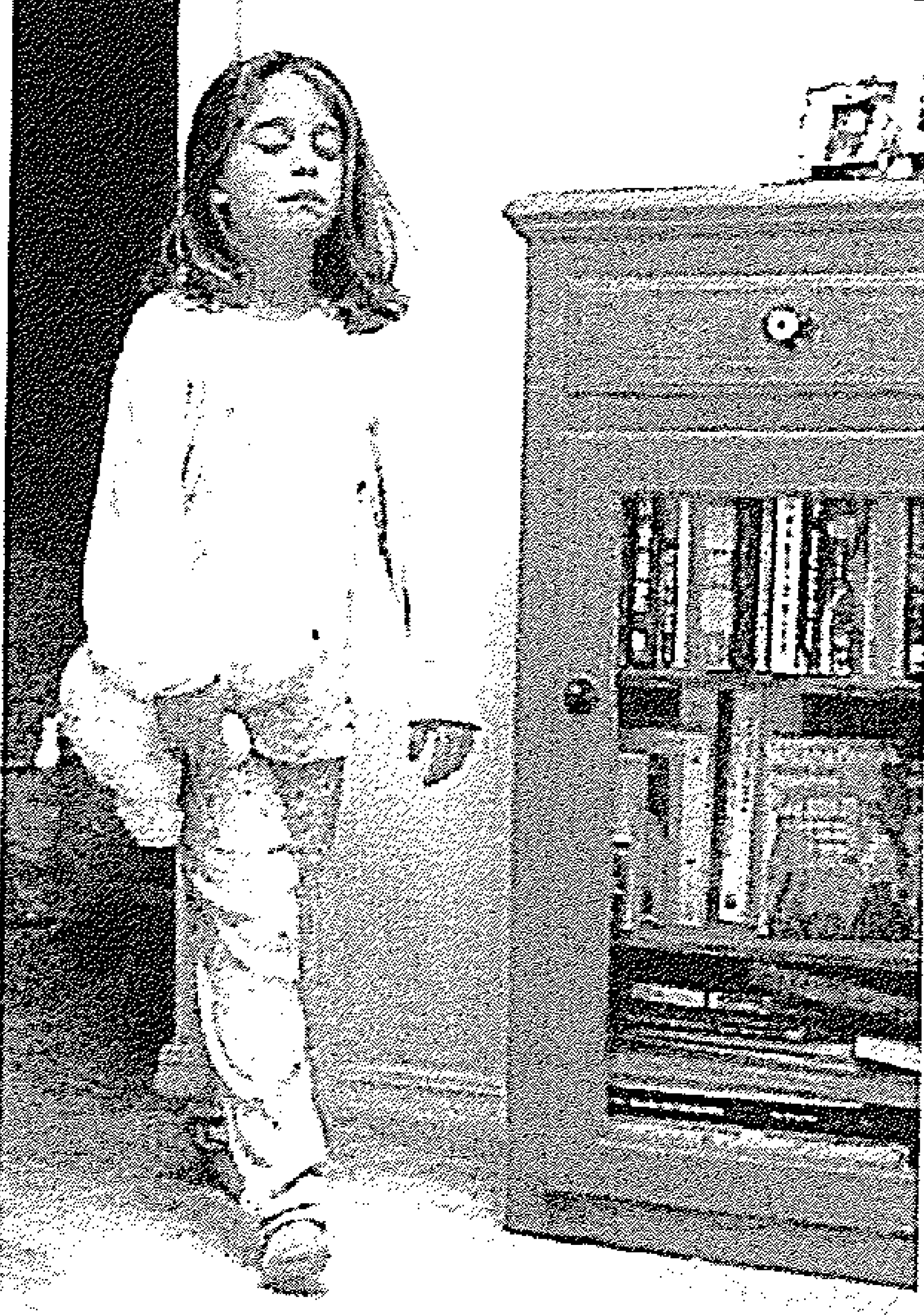
وفي ضوء العلاقة الدافئة والمعاملة الهادئة التي تربط المرشد النفسي معالطفل فان عليه التركيز على تغيير مواقف الطفل وتعديل سلوكه تزامنا مع التركيز على الطفل نفسه. والتخفيف من اثر الضغوط والاحباطات التي قد يتعرض لها ومساعدته في ازالة الاسباب والتدرب على مواجهتها آخذا بعين الاعتبار رغبات الطفل وتوقعاته.

1) اضطرابات النوم Sleep disorders:

ان ساعات النوم الطبيعية تتراوح بين 4 – 10 ساعات يوميا. وأن الانسان يقضي ما بين 30 – 40 سنة من عمره في النوم. وحتى وقتنا الحاضر لا يعرف العلماء لماذا ننام بالرغم من ان بعض هؤلاء العلماء قد ذهب الى القول باننا ننام حينما نتعب وان النوم بحد ذاته يعيد لنا الحيوية والنشاط. الا ان عددا من العلماء يرون غير ذلك.. فأجسامنا تستهلك نفس كمية الاكسجين والجلوكوز اثناء النوم التي تستهلكها اثناء مشية عادية. او في حالة استرخاء. وان اجسامنا تلك لا تتخلص من اي مادة سامة اثناء النوم. وان النوم لا زال سرا يحير العديد من العلماء الذي يدرسون تلك الحالة. ويرى العلماء بان هناك جهازا للتكوين الشبكي في اعلى المخ المتوسط وتحت الهيبوثلاموس مسؤول عن حالة اليقظة مادام هذا الجهاز يسمح بمرور التنبيهات العصبية الى لحاء المخ. فاذا نام هذا الجهاز كانت حالة النوم للانسان. وفي الآونة الأخيرة. تم اختراع جهاز رسام المخ الكهربائي E E G مما أدى الى زيادة قدرة العلماء في دراسة حالة النوم بشكل افضل. وقد ذكر دافيدوف (2001) في دراساته عن المخ. ان النشاطالكهربائي للمخ يتغير بانتظام خلال وقبل فترة النوم. ولو راقبنا انفسنا فترة من الزمن. فاننا نجد انفسنا ننظم فترات نومنا ويقظتنا واوقات طعامنا وكأننا نعيش في كون تنظمه ايقاعات محددة ترتبط بايقاعات نومنا ويقظتنا. فتغيرات حرارة الجسم وضغط الدم وحجم البلازما وافرازات الهرمونات والعمليات الحيوية وعمليات الايض داخل اجسامنا تحدد حالات نومنا عند انخفاض معدل عملياتها. ونستيقظ عند ارتفاع معدل تلك العمليات. (Rathus, 2002)

ويمكن تعريف اضطرابات النوم على أنها حالة من انعدام الفعالية في النوم أو السبات. تقترن عادة بفقدان الوعي المؤقت. وانخفاض مستوى الشعور بالمؤثرات المحيطة. وهناك فرق بين فقدان الوعي نتيجة تناول المخدر أو المرض وبين النوم الاعتيادي الطبيعي. الذي يتميز بسهولة عودة النائم الى مستوى اليقظة بمجرد إفاقته من نومه أو إيقاظه. (بشناق، 2001)

هناك اشكال مختلفة لاضطرابات النوم **فاضطراب إيقاع النوم Dyssomnias**: يتمثل في كمية النوم وكيفيته ومدته أو توقيته. **كالارق Insomnia** الذي يشير الى عدم القدرة على الحصول على النوم الكافي. ويتجلى في صعوبة البدء في النوم. أو عدم الراحة في أثنائه، أو صعوبة الاستمرار فيه. أو يكون بالاستيقاظ المبكر في الصباح. وهي حالة يتعذر فيها الطفل النوم ويتمثل الأرق في ثلاثة أشكال هي: صعوبة بدء النوم، وصعوبة الاستمرار في النوم، والاستيقاظ المبكر. **وإفراط النوم** تبدو على الطفل خمول واضح ويميل الى النوم لساعات طويلة في النهار بالإضافة لنومه الاعتيادي في الليل. ولا يظهر على الطفل حالة الانتعاش أو الحيوية بعد النوم. بل يبدو الأمر عليه نوم فخمول فنوم ثانية. مع القدرة على مقاومة العودة الى النوم مرة أخرى. وقد ترافق هذه الحالة عند الطفل حالة سمنة واضطراب في بعض وظائف التنفس. **ومخلات النوم Parsimonies**: ويتمثل في أحداث غير طبيعية عند العتبة الفارقة بين اليقظة والنوم أو أثناء النوم. مثال ذلك: أن يصاب الطفل بالكابوس Night mare disorder، **ورعب الليل (اضطراب الفزع أثناء النوم)** Sleep terror disorder **والاضطراب المخل بالنوم**: مثل اضطراب الكلام أثناء النوم واحتكاك الأسنان ولزمة البلع والاستيقاظ المبكر وغيرها.



هناك عوامل عديدة تسبب اضطرابات النوم: فقد تحدث حالات الأرق عن الأطفال العاديين نتيجة لضغوط نفسية أو توتر أو إرهاق جسدي. أو رغبات مكبوتة، أو شعور بالذنب، أو الخوف في الوقوع في الخطأ أو مضايقة الطفل من قبل رفاقه داخل الروضة أو خارجها. وربما لأسباب غير واضحة. وربما يكون لتغيير النوم أو اتجاه السير أو في المنزل الجديد أو المنزل الذي تم إدخال تعديلات لم يألفها الطفل بعد. كما قد يعاني الطفل من إفراط في النوم نتيجة فقر الدم، أو نقص هرمون الغدة الدرقية، أو سوء التغذية، أو تناول بعض الأدوية، أو الإصابة بالتهاب السحايا التدرني، أو لأسباب غير معروفة. أما اضطرابا الكوابيس فقد تكون أسبابها معاناة الطفل من مشكلات نفسية. أو أن الطفل يعيش في ظروف أسرية واجتماعية غير طبيعية. أو مشاهدة الطفل لأفلام مرعبة قبل النوم. أو سماعه لقصص خرافية.

اما اضطرابات الرعب الليلي: فليست هناك أسباب واضحة خلف هذه النوبة. وان كانت مشاعر الخوف التي تغرسها الأم في نفس الطفل تجعله أكثر عرضة للرعب الليلي. كما انه لا توجد أسباب واضحة لاضطراب المشي أثناء النوم إلا إذا كانت على مستوى العادة او النقل التلقائي من فرد داخل الأسرة. ولا توجد أسباب تفسر شلل النوم الذي ينتاب الصغار والكبار معا. اما الكلام أثناء النوم فسببه الخوف الكامن في نفس الطفل من موقف ما او حبه لموقف ما. أو المصاحبة لاضطراب فزع النوم.

عزيزي الدارس: يمكنوضع جدول زمني لنوم الطفل والتأكد من التزام الطفل بذلك. وهذا يعني ان يذهب الى الفراش. ويستيقظ في الموعد المحدد نفسه. ولا بأس من استخدام ساعة منبه. ومن المفضل تجنب النوم نهارا خاصة بالنسبة للأطفال الكبار. على ان يسبق النوم نشاطات هادئة تبعث على الاسترخاء. مثل القراءة. كما ان حماما ساخنا قبل النوم يساعد على الاسترخاء. او استخدام اشرطة كاسيت تبعث على الاسترخاء. وان رش بعض العطر على وسادة الطفل قبل نومه يشعره بالاسترخاء والرغبة في النوم. والأكل باعتدال. لذلك، فانه لا بد من تجنب الوجبات الثقيلة في وقت متأخر ليلا. كما يمكن تجنب المشروبات التي تحتوي على منبهات مثل الكافئين مدة 5 – 7 ساعات قبل النوم. كالقهوة والشاي والكاكاو. ومما يساعد على النوم. تناول وجبة خفيفة. خاصة إذا كانت غنية بحامض التربتوفان L – Tryptophan اذ ان له خصائص تدفع إلى النوم. وتشجيع الطفل على ممارسة التمرينات الرياضية خلال النهار. اذ ان ذلك من شأنه أن يؤدي إلى زيادة فترة النوم والنوم العميق الهادئ. ويجب ان تكون غرفة النوم مناسبة. أي ان تكون معتدلة الحرارة. وبعيدة عن الضوضاء لأن الصوت المنبعث من الشارع او من صوت المسجل او التلفاز يؤدي إلى اضطرابات في النوم. كما انه لا بد من استخدام السرير فقط للنوم. وليس لمشاهدة التلفاز او للقراءة. وينصح الطفل الذي يعاني من الأرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم. وإذا لم يدركه النوم بعد خمس دقائق عليه أن ينهض من الفراش ويمارس بعض الأعمال. وتغيير مكان النوم خاصة إذا كان المكان الأول يبعث على الخوف ويؤدي إلى الأرق.

2) اضطرابات الأكل Eating disorder:

يعتبر تناول الطفل للطعام والتمتع به من الدلائل التي تشير الى الصحة الجسمية والنفسية. فالاضطرابات المتعلقة بالأكل تتسم بتغيرات نفسية وسلوكية تجاه الطعام. مما يحدث اضطرابا تؤثر على شهية الطفل للأكل. وتحدث بالتالي عادات سلوكية غير مرغوب فيها. مثل حالات التقيؤ او ترجيع الطعام (الشربيني، 2007). وقد تجد بعض الأطفال لا يرغب في تناول الطعام (او كما تقول الأمهات في كثير من الأحيان: أكله صعب). بينما نجد أطفالا آخرين يتناولون الطعام بشراهة دون حدوث أية مشكلات لديهم. وما بين الطفل الأول والطفل الآخر يحدث اضطراب في الأكل لديهم.

وللتغلب على مشكلة فقدان الشهية. اقترحت عيسى (1993) برنامجا متكاملا للتغلب على مشكلات فقدان الشهية اشتمل على الخطوات الاجرائية التالية:

1. **تحديد السلوك المشكل عند الطفل.**

2. **ملاحظة السلوك المشكل عند الطفل:**

راقب الطفل فترة زمنية معينة (أسبوعان مثلا) وسجل السلوك الملاحظ مستعينا بمحاولة الإجابة عن بعض الأسئلة المقترحة التالية:

- **اي الأطعمة يرفض الطفل آكلها؟** الفاكهة والخضروات النيئة. الفاكهة والخضروات المطبوخة، اللحوم، منتوجات الحبوب (الخبز والرقاق) أو المعجنات، الألبان والبيض ومنتوجاتها، العصيرات، الحلويات، الساندويتشات، الشرب؟
- **اي الأطعمة يستمتع الطفل بأكلها؟** الحلويات، العصيرات، الألبان والبيض ومنتوجاتها، السندويتشات، الشرب، الفواكه، الخبز، اللحوم، منتوجاتالحبوب (الخبز والرقاق) أو المعجنات، الخضروات النيئة، الخضروات المطبوخة، لا يحب أي نوع من الطعام.
- **كيف يعبر الطفل عن عادات أكله الصعبة / فقدان الشهية في تناول الطعام:** يجلس بهدوء وبدون أكل، يعبر عن كرهه لبعض الأطعمة لغويا، يعبر عن شعوره تجاه بعض الأطعمة بقسمات وجهه او بالضوضاء، يبدو الكرب على وجهه عندما تقدم له أطعمة معينة، يبكي، يحاول التخلص من الأكل في صحته، يحاول ان يعطي طعامه إلى الأطفال الآخرين، يبقي الطعام في فمه لمدة طويلة، يلعب بالطعام، يحاول ان يرمي الطعام على الأرض أو برميل القمامة، يشتكي من نوعية الطعام.
- **ماذا يحدث عندما يبدي الطفل هذا السلوك:** يأكل قليلا جدا من الطعام، يأكل بانتقاء بعض منه، يتحدث المعلمون معه عن ضرورة الأكل، يحاول المعلمون إقناعه بالأكل، يناوله المعلم الطعام، غالبا ما يكون الطفل آخر من ينهي تناول الطعام، يترك جزءا من طعامه في صحنه، يأكل الحلويات. لكنه لا ينهي الوجبة الرئيسية، يتكلم كثيرا أثناء تناول الطعام، نادرا ما يتحدث أثناء تناوله للطعام او لا يتحدث على الإطلاق.

3. **اكتشف النتائج:**

من خلال ملاحظتك لسلوك الطفل المشكل في فقدان الشهية او الأكل المغتصب فانك سوف تلاحظ أننا جميعا دون استثناء نحتاج إلى تناول الطعام ليس من اجل البقاء فحسب. وانما نشاط قد يستمتع به البعض منا. انه تجربة حسية واجتماعية وعاطفية. ومصدر تعلم الطفل أيضا بالإضافة الى انه مرتبط بجوهر إحساس الطفل بالسعادة جراء تناوله الطعام. وسوف تجد

نوعين من الأطفال. فبعضهم يأكلون بحماس منذ الصغر. مما يجعل الآباء يتوقون ان هذه الفئة من الأطفال تتميز بسلوك جيد في الآكل. لكن البعض الآخر قد يصاب بالمغص الشديد عند الآكل. ويعانون من حساسية ضد بعض المأكولات. فيقلق هؤلاء الأطفال آباءهم. أنها خبرات يكتسبها الأطفال منذ طور الرضاعة عندهم. ويتحولون بعدئذ إلى أطفال مغتصبي الآكل. او فاقدي الشهية في الآكل. ويحاول الآباء جاهدين حض أبنائهم على الآكل ولو تناول القليل منه. وعندما يصل هؤلاء الأطفال إلى مرحلة الروضة تكون عادات الآكل قد نمت وترعرعت في نفوسهم مما يتطلب من المعلم تنمية وتطوير وتعزيز عادات جديدة تسمح للأطفال بالعودة إلى تناول أطعمتهم بشكل طبيعي.

4. ادرس البدائل:

تأكد أولا ان كان بالإمكان حل المشكلة عن طريق تنفيذ واحدة او اكثر من المقترحات التالية:

- وفر للطفل جوا بيئيا مريحا له. فغالبا ما يتأثر الأطفال بالبيئة إلى حد كبير. وعندما يكون الجو المحيط بالوجبات سارا فان الآكل يصبح ممتعا بالنسبة للطفل.
- فكر كيف تقدم وجبة الطعام لطفلك. يجب ان تكون مائدة الطعام جذابة المظهر فالمظهر الجيد يشد الطفل للنظر إليه. ان الطفل الصغير يستمتع بالمأكولات البسيطة غير المخلوطة.
- تأكد من ان الطعام الذي يقدم للطفل ملائم لسنه.
- تجنب الأطعمة المبهرة كثيرا. فقط ادخل إلى طفلك الأطعمة التي لها منظر جذاب ومذاق ممتع.
- اهتم بالتنويع في لون وملمس الطعام. عند التخطيط للوجبات وتحضيرها. بنفس الأهمية التي تعطيها للقيمة الغذائية.
- قدم الأطعمة الجديدة للأطفال الصغار. هذا بالإضافة إلى الأطعمة المألوفة.
- لا تقدم اكثر من طعام واحد جديد في الوجبة الواحدة.
- استعن في إعداد وجبات الطعام لطفل الروضة بعدد من المراجع المتخصصة في إعداد وجبات الطعام ان أمكن لك ذلك. فهناك العديد من الكتب والمراجع المتخصصة في إعداد وجبات الطعام في المكتبات.
- خطط لكميات وأحجام الأطعمة بشكل واقعي. بحيث يكفي كل طفل. بحيث لا يظهر المقدم للطفل انه اكبر من حاجته بكثير حتى لا تعطي للطفل فكرة خاطئة عن كمية الآكل التي يفترض فيه ان يتناولها. وهو مع ذلك ان أراد الاستزادة من تناول الطعام فان بإمكانه الحصول على المزيد.

- قدم الطعام بطريقة يستطيع الأطفال بموجبها ان يأخذوا ما يطيب لهم.
- ضع الطعام في أواني صغيرة الحجم على الطاولة.
- دع الأطفال يأخذون ما يشعرون ان بمقدورهم آكله. قدم إرشاداتك حول وجبات الطعام فلربها تكون إرشاداتك للطعام المقدم للأطفال وسيلة ناجحة في ترغيب الطفل في نوع او آخر من أنواع الأطعمة المقدمة. وحين يأخذ الأطفال كمية معينة من الطعام. فانك بذلك تساعدهم على قدرة التحكم في كمية الطعام الذي يأخذونه وبالتالي، فانك تقلل من التمنع من تناول الطعام عند الطفل.



- خطط لمحاولات طبخ الأطعمة أمام الطفل المشكل نفسه. فالأطفال يميلون إلى أن يكونوا اكثر تشوقا إلى الأطعمة التي يساعدون في تحضيرها. ويمكنك استغلال هذه النقطة بالذات في الإشارة إلى دور الطفل في إعداد وجبة الطعام.
- عند تقديمك لوجبة طعام جديدة. تجنب ان يكون ذلك خلال الوجبة فقط. وانما لا بد من إعداد الطفل أولا لتقبل الوجبة الجديدة من الطعام. وذلك من خلال مناقشته في الفوائد والمزايا التي يمكن تحقيقها من نوع جديد من الطعام وتشويقه للوجبة الجديدة.
- خطط لنشاط يقوم به الأطفال لاعداد وجبة جديدة من الطعام لهم.

5. حدد الهدف:

وهدفك هنا هو ان يكون الطفل اكثر تقبلا للأطعمة وان يتذوق على الأقل كل طعام يقدم له في الوجبة.

6. الأجراء:

إننا نقترح عليك الاستراتيجية التالية لتخفيض تمنع الطفل من الآكل.

- اجعل جو وقت الوجبة الغذائية سارا ومواتيا للآكل الطيب.
- عزز السلوك الملائم للآكل.
- تجاهل كل علامات الآكل المتغصب.

وحتى تتمكن من تحقيق برنامجك العلاجي، فانه يمكنك تنفيذ الخطوات التتبعية التالية:

1. اجعل المحيط وقت الوجبة الغذائية سارا ومواتيا للأكل الطيب. نفذ اكبر عدد ممكن من المقترحات التالية:

- رتب الفصل الدراسي ونظمه بطريقة مشوقة قبل ان تبدأ بتقديم الوجبات.
- ضع جدولا ملائما لأوقات التنظيف مباشرة قبل الوجبات حتى تعاد الغرفة إلى ترتيبها قبل ان يبدأ الأطفال في تناول الطعام.
- اجعل المائدة جذابة. ونسق الأدوات والمواد التي توضع على المائدة ترتيبا منسقا وليس عشوائيا.
- قدم الطعام بشكل جذاب. يجب ان تكون صحون التقديم من الحجم المناسب ليسهل حملها.
- رتب الطعام اعتمادا على جاذبيته ولونه وحجمه وقوامه. بنفس الاعتبار الذي يعطى لقيمته الغذائية.
- اختر الطعام المألوف والجذاب للأطفال. ناقش الأطفال بين الحين والآخر عما يفضلونه من أنواع الأطعمة المختلفة.
- لا تتعامل مع تقديم الحلويات على أنها جاهزة أو تحفة. بل على أنها جزء من الوجبة. إن الحلوى جزء من قائمة الطعام يجب ان تساهم في مجموع القيمة الغذائية للوجبة. ولا تقدم الحلوى كمكافأة على آكل بقية الوجبة.
- ادخل في حديث لطيف مع الطفل أثناء تناوله الطعام. تجنب التركيز بشكل مفرط في حديثك على آداب المائدة وسلوك الأكل.
- تحدث عن الموضوعات التي تشوق الأطفال. شجعهم على التحدث مع بعضهم البعض ومعك أيضا. فوقت الأكل يجب ان يكون وقتا سعيدا وممتعا.
- قدم أطعمة جديدة في الوجبات بين الحين والآخر.

2. اجمع المعلومات الجديدة التي سوف تحصل عليها ولاحظ سلوك طفلك. هل تغير إلى الأحسن؟

3. قارن بين سلوك طفلك قبل تنفيذ الإجراء وبعد التنفيذ. وارسم خطا بيانيا يظهر مدى التقدم الذي طرأ على سلوك الطفل في الأكل.

اما الإفراط في الأكل فهو حالة من النهم والأكل الزائد الذي قد يتسبب في آلام شديدة. فعندما يتناول الطفل كميات زائدة من الأغذية. يزيد وزنه وتظهر عليه صورة اندفاع أو

إجبار للنفس على آكل كميات كبيرة واحيانا دون ان يحسن مضغه. وقد يكون ذلك الأمر حالة طارئة. وهناك حالات يأكل فيها الطفل كميات كبيرة تؤدي به إلى التقيؤ. او تؤدي به إلى محاولة التخلص منه بوضع الإصبع في البلعوم. ومثل هذه الحالات تنتشر بين الإناث اكثر من الذكور. خاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة وفترة المراهقة.

وللشره أسباب متعددة من ابرزها:

- الحالة الصحية السيئة: مثل الإصابة باضطراب غددي او الإصابة بديدان.
- المواقف التي تتسم باتخاذ قرارات مهمة كالذهاب إلى المدرسة او عدمه.
- الحالة النفسية السيئة نتيجة عدم الاستقرار العاطفي. وربما تظهر هذه الحالة من الشره كانعكاس لنزعات عدائية او الشعور بالاكتئاب المصحوب بحاجة إلى الترويح عن النفس اما بالأكل او بالنوم أحيانا لكثرة أوقات الفراغ.
- تقليد الأطفال الآخرين.
- وجود معايير اجتماعية ثقافية لما يجب ان يكون عليه شكل الجسم خاصة لدى الإناث في بعض المجتمعات.

وحتى يتم التغلب على مشكلة شره الأكل، فانه يمكنك اتباع الأسلوب ذاته الذي استخدمناه للتغلب على مشكلة فقدان الشهية.

3) الإحساس بالألم:

الالم هو الاحساس الذي نشعر به عندما تصبح بعض جوانب البيئة خطرة على بعض أجزاء الجسم. ويكفي مثلا وخزة دبوس لكي تثير الاحساس بالألم. وكلما اصبح الحدث اكثر تطرفا كلما تزايد الاحساس بالالم. ويصعب على الفرد التكيف مع الاحساس بالالم. بحيث يصعب على الانسان ان يعتاد على الالم طالما ان الالم يعتبر بمثابة انذار بوجود شيء ما خطر يهدد الكائن الحي. وان على الكائن العمل على ازالة مصدر الخطر هذا. (Carson, et al. ; 2007)

بالرغم من ان الاحساس بالألم يصعب التكيف معه. الا ان الالم قابل للتعديل عن طريق الثلاموس. وان كان هذا التعديل يتم بصورة أقل من تعديل الاحساسات الجلدية. فلكل احساس مساره في الجهاز الثلاموسي. بحيث يمكن تمييز كل احساس عن الأخر. ذلك ان هناك مركزا في المنطقة الثلاموسية يسمى Medial nuclei يقوم بعملية التمايز الى ما هو سار وما هو غير سار.

وكذلك، فان للعوامل الاجتماعية تأثير على درجة الاحساس بالألم. فالطفل الذي تتم عملية تنشئته الاجتماعية في بيئة ترى ان القدرة على تحمل الألم هي معيار الرجولة. وكثيرا ما نشاهد اطفالا يتحملون الاما عنيفة تقتضيها الطقوس في مجتمعاتهم بدرجة لا يمكن تصديقها.

ويجب ملاحظة انه عندما يتم تحديد منطقة الالم. فانها تكون منطقة مختلفة عن المنطقة الفعلية لمصدر الالم. وتسمى هذه الظاهرة بلفظ Referred pain وعلى سبيل المثال. فان الالم الناجم عن التهاب الزائدة الدودية يقع تحت الثدي بينما الزائدة الدودية تقع في اسفل الارباع الايمن للبطن. وان الالم الناجم عن الذبحة الصدرية والذي ينتج بسبب انخفاض كمية الدم الواردة الى عضلة القلب. يقع في الكتف والذراع الايسر. وهكذا.. (اسماعيل، 2001)

يمكن تصنيف الالم الى ثلاثة انواع رئيسة هي:

- **الام الوخز Pricking**: وهي آلام يستشعرها المرء عندما تغرز ابرة في الجلد. او عندما يقطع الجلد بواسطة سكين.
- **الام حارقةburning**: للآلام الحارقة نفس خصائص آلام الوخز فنحن لا نستشعر منطقة الوخز خلال منطقة الالم. التي تماثل الحرق.
- **الام الأوجاع Aching**: هذا النوع يمثل آلاما ميقة في الجسم بدرجات متفاوتة لا نستشعرها على سطح الجسم. وندما تنتشر الام الاوجاع ذات الشدة المنخفضة في مناطق عديدة من الجسم. فانها يمكن ان تؤدي الى احساسات غير سارة.

ولقد ميزت الجمعية العالمية لدراسة الألم بين ثلاثة انواع من الألم هي:

- **الألم الحاد Acute pain** وهو ألم يحدث بواسطة إصابات وتنشيط لمستقبلات الألم يستمر لفترة محددة ويتحسن عندما تشفى الأنسجة، وفي العادة يتم الاستفادة من تدخلات الرعاية الصحية.
- **الألم المزمنChronic pain**هو الألم الذي يحدث في الغالب، نتيجة عوامل ليس لها علاقة بالسبب الأصلي إذ لا يتم تفسر طول مدته التي قد تمتد من (3 – 6 شهور) بأسباب مرضية وفي العادة، يطلب الفرد المتألم الرعاية الطبية لكنها غير فعالة.
- **الألم المتكرر Recurrent pain** ويأتي هذا الألم على فترات وفي العادة قصيرة، ولكن هذه الفترات تتكرر على مدى طويل. لذا فهو يجمع بين خصائص الألم الحاد والمزمن. وبسبب تكرار النوبات ولفترات طويلة فأنها من الممكن للعوامل السلوكية والاجتماعية والنفسية ان

تصبح ذات تأثير ويتطور لدى الفرد السلوك المرضي وقد يحدث ذلك أيضاً في بعض حالات الألم الحاد. (Dysvik, Natvig, Lindstrom, 2005; Kristjansdottir, 2005)

يؤدي الالم الى حدوث استجابة في شكل منعكس حركي. وكذلك حدوث استجابة نفسية. وبعض الاستجابات المنعكسة تحدث مباشرة من الحبل الشوكي. حيث تتضمن الاستجابة النفسية للالم كل المظاهر المألوفة لاستجابات الالم مثل الصياح، والقلق، والاكتئاب، والغثيان. وتتفاوت هذه الاستجابات تفاوتا ضخما من شخص لآخر. وقد يستثار احيانا مسار عصبي حسي بسبب تغير مرضي في العصب الطرفي او الجهاز العصبي المركزي. ومن ثم تنتقل تنبيهات تلقائية من الالياف العصبية المستثارة الى المخ. فتؤدي الى احساسات بالالم في موضع طرفي من الجسم. ويلاحظ ان المنطقة التي تصاب بالالم يمكن ان تسبب في اي نمط من الاحساسات. وهذا يتوقف على نمط الالياف المشتركة.

وقد اتفقت مجمل الدراسات التي أجريت على الاستجابات للأعراض والألم والإصابات، أن الأفراد يستجيبون لمجموعة متشابهة من الأعراض الجسدية بطرق متباينة جداً. إذ قد يستمر بعض الأفراد في نشاطاتهم اليومية ويقللون من الأهمية المحتملة للأعراض والألم، بينما يبعد آخرون أنفسهم عن المسؤوليات اليومية ويسعون جاهدين للحصول على الرعاية الطبية، وذلك إيماناً منهم بأن أعراضهم خطيرة.

ولقد أشار ميكانيك وفولكارت Mechanic & Volkart عام 1961 من خلال دراساتهما المتعلقة بالتأثيرات النفسية والاجتماعية على الصحة والألم، أن الأطفال يطورون خلال خبراتهم النمائية سلوكاً يسمى السلوك المرضي والذي يرجع " إلى الطريقة التي يدرك من خلالها الأفراد ويقيّمون ويتصرفون عند ملاحظتهم لبعض الألم أو أي إشارات قد تدل أو لا تدل على وجود مرض أو خلل عضوي") Claar& Walker) 1999. ويمكن قياس هذا السلوك عن طريق رصد تكرار الشكاوى الجسدية والعجز الناتج عنها.

ويفسر السلوك المرضي وسلوك الألم التباين الواضح والاختلاف على مستوى استجابة الأفراد للألم والمرض والإصابات. إذ لم يعد ينظر إلى الألم على أنه نتيجة للعمليات البيولوجية فقط حتى في حالات المرض العضوي، إنما أصبح يُحدد بواسطة مجموعة العمليات النفسية والاجتماعية والمعرفية التي تشكل السلوك المرضي (Hanson & Gerber 1990, Livneh, Lott, Antonak,2004, Walker, Garber, Greene,2003).

وأكدت نتائج البحوث المتعددة على دور العوامل الوالدية مثل الصحة النفسية والجسدية للوالدين وعمليات التعلم الاجتماعي في خبرات الطفل للألم. وخرجت معظم هذه

الدراسات بنتائج مفادها أن مجمل ما يتعلمه الطفل يتم من خلال النمذجة والتعزيز، فتكرار الشكاوى عند الوالدين والعجز الذي قد تظهره الأم عند تعرضها للألم يؤثر على طريقة إدراك الطفل لأعراضه الخاصة به. أما الامتيازات التي يحصل عليها الطفل في أوقات المرض، سواء أكانت مادية مثل الهدايا أم تقديم أكل خاص أم معنوية مثل النوم في سرير الأم والبقاء بجانبها، والرعاية المميزة والإعفاء من المسؤوليات، فإنها يمكن أن تعمل على تعزيز السلوك والدور المرضي للطفل. ولقد استأثرت هذه الاستجابات التي سميت بالرعوية (Solicitous) اهتمام الباحثين بشكل كبير.

إن الاستجابة للألم بطريقة سلبية وكأن هذا الألم هو إشارة لكارثة تهدد الصحة، لها أهمية كبرى في النماذج المطورة لفهم العجز المرتبط بالألم ولقد أيدت الكثير من الدراسات التي أجريت على الراشدين العلاقة بين التكيّف مع الألم والكارثية. ((Crane & Martin, 2004.

ويؤكد جيرنت ورفاقه ((Jerant, et al. 2005ان استعمال استراتيجيات التعامل النشطة أي المرتكزة على المشكلة ارتبط وبشكل وثيق مع الإلتزام بنظام الرعاية الذاتية والتعليمات الطبية، والتي من شأنها انتقلل من العجز أو التي قد تساعد في تحسين نوعية الحياة حتى لو لم تكن العلاجات الطبية فعالة. وهذا يرجع إلى التحسن الذي يطرأ على الفاعلية الذاتية للفرد أو توقعات الكفاءة. فإدراك الفرد بأنه يسيطر على أمور الصحة والمرض وأنه يقوم بإجراءات نشطة في هذا الخصوص له نتائج إيجابية على السلوكات الصحية وبالتالي على الصحة بشكل عام. ويذكر جيرنت ورفاقه أن لوريج و هولمانLorig & Holmanقد طورابرنامجاً لإدارة الذات للمرضى الذين يعانون من آلام متكررة ومزمنة، يعتمد على المصادر الأربعة لرفع الفاعلية الذاتية. وهنا يشير كرستنسن سشميدت وهوجارد و كريجبوم وهلسيشتان Christensen, Schmidt, (Hougard, Kriegbaum, Holstein, 2006 إلى أن هناك علاقة بين استعمال استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة وبين المستوى الاجتماعي الاقتصادي فكلما ارتفع المستوى التعليمي للمرضى كلما ازداد استعمالهم لأستراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة.

وتؤكد نتائج الدراسات والأبحاث في التعامل عند فئة الأطفال الذين يعانون من أمراض وآلام متعددة متكررة ومزمنة أن جهود التعامل المرتكز على المشكلة أفضل، إذ أنها تعود بالفائدة بشكل كبير على الطفل وعلى جميع الأصعدة السلوكية والانفعالية والوظائفية. ولكن بالمقابل شدد الباحثون على الأخذ بأسلوب التعامل المهدئ (التقليل، والإلهاء، والتشجيع، والقبول) الذي يرتكز على الانفعال لأنه أيضاً يفيد الطفل. فإعادة تأطير المشكلة بشكل إيجابي والشعور بإحساس الإنجاز في السيطرة على المهام اليومية، ومحاولة قبول الآلام والمحافظة على حالة إيجابية؛ جميعها تساعد أو تسهل التكيّف المرتكز على المشكلة (Murk, 1999; De ridder

&Scheurs, 2001; Endler, Corace, Summerfeldt, Johnson, Rothbart, 2003; .(Nicholas, Asghari, 2006

وتؤثر طريقة تعامل العائلة مع ألم أحد أفرادها على مسار الألم والمرض، لذا يجب النظر إلى الألم من منظور اجتماعي. من هنا يتساءل الباحثون هل تلعب العائلة دوراً في أسباب نشوء الألم المزمن أم هل تؤثر في المحافظة على الأعراض؟ وفي المقابل هل أعراض الأطفال الجسدية تؤثر على تكيّف العائلة بالمجمل؟ (Claar, Walker, 1999).

سادساً: مرحلة الطفولة المتأخرة:

تمثل مرحلة الطفولة المتأخرة مرحلة تنفيذ للخبرات الانفعالية التي اكتسبها في مراحل عمرية سابقة. ويلاحظ على الطفل تأثره بالضغوط الاجتماعية مما يحدث له بعضا من الاعراض العصبية والتي تؤدي به الى الشعور بالخوف وعدم الامن النفسي والقلق الزائد الذي يؤثر بدوره سلبا على نموه الفيزيولوجي وكذلك نموه العقلي والاجتماعي. مما يتحتم على الوالدين والمربين مساعدة في الاطفال في هذه المرحلة على السيطرة على الانفعالات وضبطها والتحكم فيها. وفهم وتقبل المشاعر تجاه الاخرين ونحو نفسه. كما تبرز اهمية اشباع الحاجات النفسية للطفل خاصة ما يتعلق منها بحاجاته للحب والامن والنجاح والتقدير والانتماء للجماعة. وعلى الآباء والمربين تنمية مهارات الطفل وميوله نحو المشاركة في الانشطة والقيام بالعمل. من اجل حل الصراعات التي قد يتعرض لها أولا بأول.

وتؤثر الثقافة ووسائل الاعلام والمستويات الاقتصادية والاجتماعية للاسرة في تشكيل الصداقات وتكوين جماعة الرفاق بالنسبة للطفل. وان الصداقة التي تبنى في هذه المرحلة من الطفولة تكون اكثر ثباتا واستقرارا من الصداقات التي بنيت في مراحل سابقة. كما يؤثر الاخوة الاكبر سنا على الطفل وهو بدوره يؤثر على اخوته الاصغر سنا. كما تلعب النوادي ومعسكرات الاطفال دورا هاما في تنظيم النشاط الاجتماعي للطفل وصقل شخصيته. وابراز ميوله واهتماماته.

وتلعب التنشئة الاجتماعية دورا هاما في نمو الشعور الديني لدى اطفال هذه المرحلة. حيث يتجه الشعور الديني نحو البساطة والوحدة. خاصة وان ارتباط الدين ونمو الشعور الديني عند الطفل بالاخلاق والنمو الخلقي والسلوك الاخلاقي وتبني القيم ونمو الضمير. مما يتحتم على المربين واولياء الأمور ابعاد اطفالهم عن غرس التعصب الديني ضد الاديان وتركيز الاهتمام بالتربية الدينية لما لها من أهمية في هذه المرحلة بحيث تعتمد هذه التربية على القدوة الحسنة الصالحة. ومن مظاهر النمو الديني في مرحلة الطفولة المتأخرة تميز هذه المرحلة بالاجتماعية بالنظر لتأثر الطفل ببيئته الاجتماعية التي يتربى فيها. وفي المدرسة حيث يتم اكتساب الطفل

للمفاهيم الدينية في المنهاج الدراسية المقررة لهم. والتي تساعد على زيادة فهم الطفل للمفاهيم الدينية وتأثره بها.

(6 – 1) مشكلات التكيف مع المدرسة:

الذهاب الى المدرسة ليس حدثا عابرا بالنسبة للطفل وأهله. انه عملية عبور كبرى لا تقل في دلالاتها عن مرحلة المراهقة. فلأول مرة يخرج الطفل من عالم الاسرة المحدود الى عالم جديد تتشكل لديه مرجعية مجتمعية أساسية في حياته تشكل بداية لقانون جديد غير ذلك الذي عهده من والديه. ففي المدرسة بأنظمتها وعلاقاتها وتفاعلاتها. وبدخول الطفل الى المدرسة يكون قد انتقل من نظام محدد أو مغلق حيث تعرف الواجبات والقواعد السائدة يمكن التنبؤ بها الى نظام منطلق او مفتوح حيث الحياة مفعمة ولأسابيع قليلة على اقل تقدير بامكانيات عدم التوقع والتنبؤ وبعدم السرور أحيانا. (Papalia & Olds, 2005)

ان العلاقة بين الصحة النفسية والمدرسةعلاقة وثيقة جدا. خاصة وان التعلم المدرسي مرتبط أساسا بكل من: تهيئة علاقات وظروف أكثر مناسبة للنمو السوي للتلميذ، ومواجهة الحاجات النفسية الاجتماعية للتلاميذ، وتعديل اتجاهات التلاميذ بما يساير الفلسفة التربوية للمدرسة. وتصحيح أشكال السلوك الشاذ والمنحرف عند التلاميذ ومعالجة المشكلات التي قد تظهر لديهم. والمحافظة على الصحة النفسية للتلميذ. وتشجيع المؤثرات النافعة المحيطة به.

ولا شك بأن المناخ الأسري – الثقافي الملائم لحياة الدراسة وما يوفره من نمو معرفي وعاطفي وأساليب تفكير وتعامل مع الوقائع والحقائق. مما يجعل الذهاب الى المدرسة عملية طبيعية تمثل استمرارا لتاريخ الحياة الأسرية. ويوفر بالتالي شروط التوافق مع عالم المدرسة والنجاح في التحصيل في آن معا.

والطفل في كل حالات العلاقة الديناميكية بين المدرسة والاسرة والمعلم يمثل الطرف الاكثر تأثرا فهو موضع الحكم من قبل اسرته ومعلميه. وربما يمثل الطفل الصورة المثالية التي كان المعلم يتمنى ان يكونها او قد يمثل صورة الأخ المنافس حين يجد مبررا لمنافسة أخيه في اسرته. او بين معلميه. وقد يبقى المعلم محايدا تجاه بعض التلاميذ مما يؤدي الى تجاهلهم في الكثير من الحالات بشكل غير مقصود. بينما تراه يوجه اهتمامه إلى آخرين في حالة من كثافة التجاوب والتفاعل معهم.

ان نجاح العملية التكيفية للطفل او تعثرها لا ترجع فقط الى مجرد الكفاءة التعليمية للطفل نفسه. وانما ترجع وبدرجة لا تقل اهمية الى حالة الصحة النفسية للتلميذ التي تؤسس لانطلاقه في بناء مشروعه في المعرفة والكبر.

ان العلاقات ما بين الاهل والمدرسة من الملفات ذات القضايا المعروفة التي كثرت فيها الكتابات على اكثر من صعيد. ومن اكثر من منظور. وكلها تجمع على اهمية وحيوية هذه العلاقات على مصير تكيف التلميذ لعالم الدراسة وتحصيله. وقد اشتملت الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال على بعدين أساسيين تمسان حاضر التلميذ ومستقبله. فكانت التوجه في الدراسات والبحوث على علاقة الاسرة بالمدرسة والعاملين فيها أولا. ومن ثم الجانب التحصيلي للتلميذ الذي اولى الباحثون أهمية خاصة له. وقد اصبح اهتمام الاسرة أكثر فأكثر بتهيئة طفلها للدراسة ومتابعته. والتنسيق مع المدرسة يمثل في هذه المرحلة بالذات من اكبر عوامل النجاح والتحصيل شريطة توفير الرعاية المتكاملة لمختلف جوانب حياة الطفل وتوازنه النفسي واحتياجات نموه. خاصة وان علاقة الاهل بالمعلم تبقى متجاذبة في الاتجاهين (أهل – معلم، ومعلم أهل) فقد تميل نحو الايجاب تارة والى السلب تارة أخرى رهنا بالمستجدات والتغيرات التي تميز حياة الدراسة.

وتركز المدارس عادة على تربية مهارات معرفية ضيقة. وتصرف جل وقتها في تصنيف التلاميذ في رتب تتحدد على أساسها تحصيلهم الدراسي وتفوقهم فيه. ولا شك بأن اهم اسهام يمكن ان تقدمه التربية لنمو الطفل يتمثل في مساعدته على التوجه نحو مجال يتناسب ويتوافق مع ميوله ومواهبه وقدراته. وتنمية مهاراته الحياتية والنجاح فيها. مع الأخذ بعين الاعتبار الى تضمين المناهج الدراسية ما يحقق إكساب التلاميذ للكفاءات الإنسانية الأساسية التي يتضمنها الذكاء الانفعال والذي اشار اليه جاردنر (Sternberg, 2004) وضمنه المقومات التالية:

- الاستبصار الذاتي: ومعرفة الحالات الوجدانية والوعي بها في مختلف مواقف الحياة مما يساعد في توجيه الذات نحو القرار الأفضل.
- القدرة على ضبط الانفعالات والتعامل مع الضغوطات النفسية والتسلح ضد القلق في الشدائد الحياتية.
- القدرة على التحفيز الذاتي وتعزيز الحالات الوجدانية الايجابية والمواقف الايجابية في الحياة. مما يخدم أهداف بناء المشروع الوجودي. ومتطلباته.
- تفهم الآخرين، والقدرة على التعاطف معهم وتلمس خبراتهم الوجدانية واستيعابها. مما يشكل أساس التواصل الانساني الاصيل.
- القدرة على ادارة العلاقات والتفاعلات مع الآخرين مما يشكل أساس الكفاءة الاجتماعية. ويعزز شبكة العلاقات والقدرات القيادية. ويقوي مشاعر الالتزام والانتماء.

وصممت جامعة جورج تاون برنامجا للصحة النفسية خصص لحساب دائرة الطفولة والشبيبة والاسرة في مصلحة الصحة والموارد الانسانية الامريكي اقترحت فيه عددا من الانشطة التي تخدم اهداف الصحة النفسية التالية:

- **الأبعاد الانفعالية:** كيف نشعر وكيف نعبر عن خبراتنا الوجدانية. القدرة على حل المشكلات الانفعالية، القدرة على الحب، القدرة على التعامل مع الشدائد، القدرة على تحدي الذات وتثمير امكاناتها وتطويرها والقدرة على ضبط الانفعالات السلبية.
- **الابعاد الاجتماعية:** تكوين علاقات ذات معنى. تنمية مهارات التفاعل والتواصل، اكتساب الاصدقاء، التصرف الاجتماعي الملائم.
- **الأبعاد المعرفية:** التنمية الذهنية والقدرة على تعلم مهارات جيدة، الفضول المعرفي وتفتح الشهية المعرفية وحب الاستطلاع والتعلم. مهارات حل المشكلات، والقدرة على تعلم كيف نتعلم.
- **الأبعاد المهنية:** تنمية الانتاجية والاسهام في البيئة والمجتمع، تنمية فرص عمل وأجور افضل.
- **الأبعاد الروحية:** القيم والمثل العليا والروحانيات الموجهة للحياة.

وتختلف استجابات الأطفال للحياة المدرسية. فيذهب البعض منهم الى المدرسة دون تردد. فالعوامل الفردية كشخصية الطفل والظروف الخاصة بتاريخ حياة الطفل كالصحة الجيدة والتوعية الواعية من الامور الهامة التي تساعد الطفل على التكيف مع الحياة المدرسية. وقد يجد الطفل المنبسط والناضج تحولا سعيدا وسارا في الحياة المدرسية. خاصة اذا كان وحيدا في الاسرة ويشعر بالسأم والملل في الحياة المنزلية. وبعض الاطفاليصعب عليهم الخروج من البيت الى المدرسة حيث البيت المضطرب الذي يفتقر الى الشروط الفيزيائية والنفسية الجيدة كالراحة وعدم الازدحام والاثارة الكافية.

وتتداخل العوامل المؤثرة في الصحة النفسية للتلاميذ. فالمدرسة وحدها غير قادرة على ان ترعى جانب الصحة النفسية ان هي عزلت نفسها عن الاسرة والمجتمع الخارجي. او تهاونت في التعاون مع البيت بصفة خاصة لتوفر أسباب النمو والامن والتوافق لتلاميذها.

1) الحالة الصحية للتلميذ:

لصحة التلميذ أثر كبير على تكيفه في المدرسة. واضطراب صحته قد تضطره الى التغيب عن المدرسة او اهمال الدروس والواجبات المدرسية مما يؤدي به الى هبوط مستواه الدراسي كما قد يؤثر ضعف بصره او سمعه في قدرته على متابعة دروسه اليومية والاستفادة منها. اضافة الى أية عيوب او عاهات جسدية قد يعاني منها التلميذ.

2) **أسرة الطفل:**

للاسرة دور كبير على تكيف التلميذ في المدرسة. ويتوقف مستواه الدراسي الى درجة كبيرة على تشجيع الاسرة له على الدراسة والمواظبة. وتؤثر الاسرة ايضا بشكل او بآخر مما تعانية من تدني في المستويات الاقتصادية او الثقافية في تهيئة الظروف الملائمة للتلميذ كي يقوم بواجباته نحو المدرسة والدراسة بالاضافة الى العلاقة التي افراد الاسرة الواحدة وما يتميزونبه من سلوك قد يؤثر سلبا او ايجابا على تكيفه نحو المدرسة. (Schickedanz, et al. ; 2003)

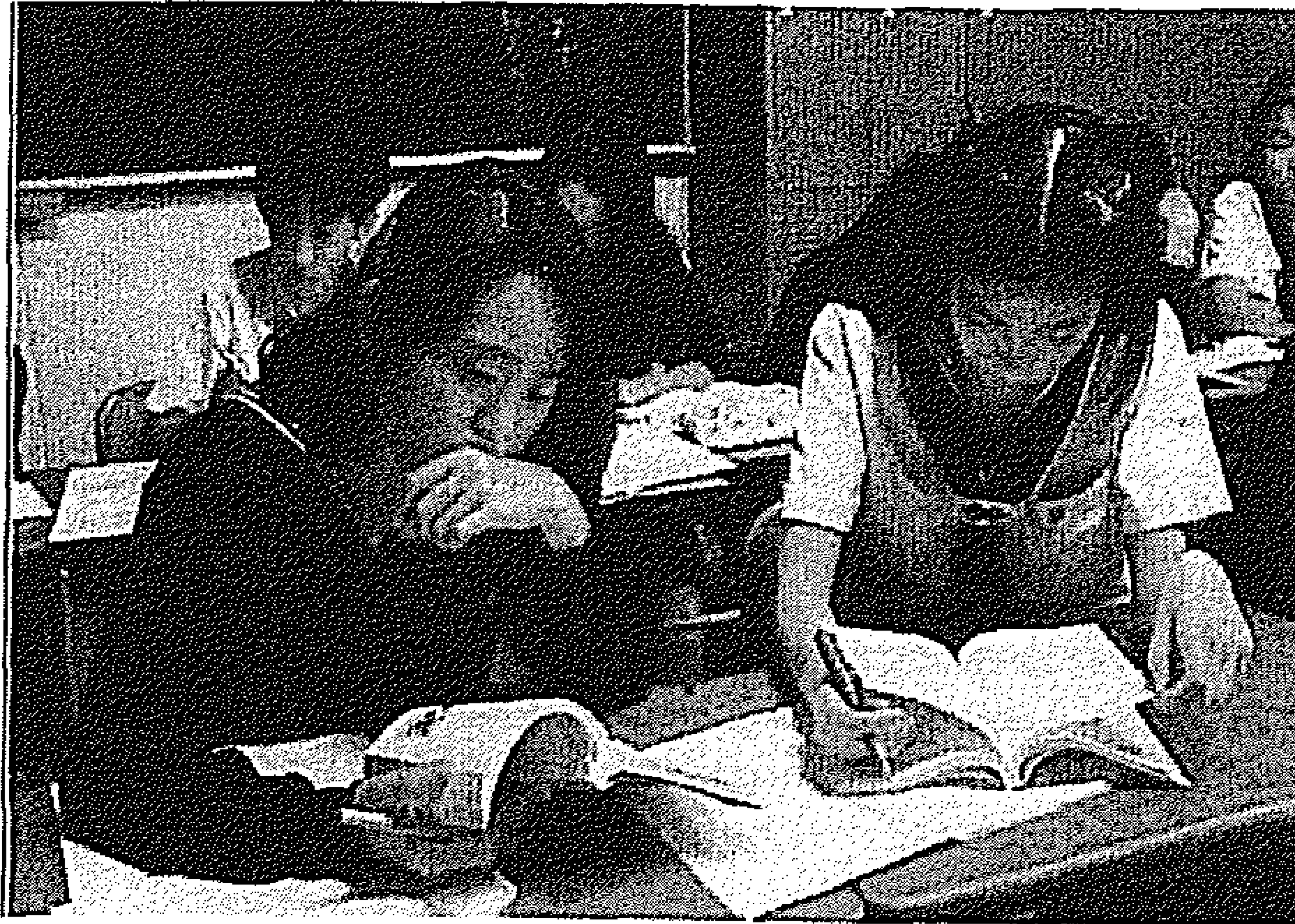
3) **المحيط الخارجي:**

يؤثر الوسط الاجتماعي الذي يعيشه التلميذ على تكيفه في المدرسة فلا يقتصر الأمر على ما يكتسبه التلميذ من بيئته التي يعيش فيها من اساليب سلوكية وعادات، او في تكوين صداقاته وتشكيل جماعة الرفاق ومشاركتهم انشطتهم واعمالهم. وكذلك مدى توافر اماكن لتنفيذ الانشطة واستغلال اوقات الفراغ. كالاندية والملاهي والمقاهي وغير ذلك.. كل ذلك يحدد مستويات التكيف نحو المدرسة سلبا او ايجابا.

4) **العوامل المدرسية:**

لا يقتصر عمل مدير المدرسة والعاملين معه في تصريف شؤون المدرسة اليومي من توزيع للجداول وحصر للغيا وتزويع الكتب واصدار التعليمات الى غير ذلك من أعمال ونشاطات يقومون بها. بل ان الادارة المدرسية والعاملين فيها من اعضاء الهيئة التعليمية مسؤولون ايضا في مساعدة التلاميذ للوصل بهم الى اعلى مستويات التكيف وتنشئتهم التنشئة الصالحة الحميدة. من أجل تحقيق المواطنة الصالحة لهم.

5) **رفض المدرسة:**



يعتبر ذهاب الطفل إلى المدرسة في الصباح الباكر أمرا مسلما به. ولكن عندما يرفض الطفل الذهاب إلى المدرسة فان علينا ان نتحقق من مدى اعتمادنا على تعاونه الطوعي في ابتعاده الهادىء عن محيطه المنزلي المألوف والذي تعودت عليه منذ سنوات طفولته الأولى.

إن رفض الطفل الذهاب إلى المدرسة يعد من الأمور الخطيرة جدا في حياة الاسرة التي تكون قد استنفذت جميع الطرق من اجل إقناع هذا الطفل للذهاب إلى المدرسة. حيث لم تعد كل التهديدات والتوسلات والرشاوي تجدي نفعا بالرغم من ان عددا من الآباء الذين يتصفون بالقسوة يجبرون أبناءهم إلى الذهاب إلى المدرسة وربما يقيدون أطفالهم في مقاعد الدراسة بمساعدة بعض المعلمين. ان مثل هذا الأمر يضع الوالدين في موقف حرج مما يتطلب منهم البحث عن طرق بديلة للتغلب على مشكلة طفلهم الرافض للذهاب الى المدرسة. فمعظم الآباء يمكنهم التغلب بنجاح على نفور أطفالهم العرضي هذا.

وقد يجد العديد من الأطفال الرافضين للذهاب إلى المدرسة ان بوسعهم الذهاب فعلا إلى المدرسة لكنهم قد لا يستطيعون القيام بما تتطلبه عملية الذهاب هذه من أمور ونشاطات ضرورية. وقد أطلق علماء النفس على مثل هذه الحالة مصطلح الخوف المرضي من المدرسة. كدلالة تشخيصية تشير إلى حالات رفضه المدرسة.

إن الخوف المرضي خوف شديد لا مبرر له يتوجه عادة نحو بعض الموضوعات البيئية المحددة. وفي حالة المدرسة. فان هناك العديد من الموضوعاتالتي تستثير مخاوف الطفل لأسباب موضوعية ومعقوله تجعله يتردد في الذهاب إلى المدرسة بل ويرفض الذهاب إليها. فحجم المدرسة ونظامها وإجهاد الامتحانات واحتمال مواجهة الفشل في الصف والعلاقات المضطربة مع الزملاء والمعلمات وظروف الحياة المدرسية والوضع المدرسي وضغوط الوالدين وتوقعاتهما وعدم القدرة. كل ذلك وغيرها مليئة بإمكانيات متنوعة تستطيع كل منها استثارة مخاوف الطفل بحيث تجعله يرفض الذهاب إلى المدرسة.

(6 – 2) المخاوف السوية والقلق العصابي:

الخوف حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني ينتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر. وهي بمثابة استجابة طبيعية للأحداث التي تهدد الأمن الشخصي للطفل. وقد ينبعث الإحساس بالخوف من داخل الطفل وقد يكون من الخارج. ويعتبر الخوف من أبرز آليات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الفرد. ويمكن استخدامه كوسيلة تكيفية لدى اعداد الطفل من اجل التغلب على الأوضاع الطارئة التي يختبر فيها احساسات جسمية متنوعة كالارتجاف والارتعاد وخفقان القلب واضطرابات المعدة وجفاف الحلق وتعرق اليدين. وتعود هذه الاوضاع جميعها الى ميكانزمات فيزيولوجية قائمة في بنية الجسم. ولا تخرج عن كونها تغيرات تجري في كيمياء الجسم كانتشار الادرينالين في الدم مثلا.

وتتحدث عدد من نظريات التعلم عن الخوف لتؤكد ان الخوف يعتمد بصورة أساسية على التعلم مشيرة إلى ان الخوف يمثل شعورا داخليا وانفعالا وسلوكا يتعلمه الطفل نتيجة

تعرضه لمؤشرات البيئة والجو المحيط. كما يعد محصلة لعمليات التنشئة التي يتلقاها الصغير في إطار تقاليد ومعايير المجتمع الذي ولد فيه. ويعيش فيه. وترفض معظم نظريات التعلم فكرة بذور الخوف الوراثية وترى أن الطفل يولد متجردا من الخوف. وما يظهر لدى الطفل في بدايات عمره ما هو إلا حصيلة ما يتعلمه وما يشاهده وما يحس به من مخاوف وانفعالات. فالطفل في هذه المرحلة مقلد ومحاك ومستنسخ للمشاعر (ششتاوي، 1996).

وهناك عدد من المهارات التي يصعب تعلمها في كثير من مواقف السلوك التي يتعرض لها الاطفال في حياتهم اليومية. ومن هذه المهارات الاستعدادات الاجتماعية التي يعتبرها معظم الناس أمرا مسلما به. لمجرد كونها لا شعورية الى حد بعيد. هذه المهارات التي نستخدمها جميعا عندما نقابل ضيفا أو غريبا ونقوم بمحادثته أو عندما نقوم ببناء صداقات بيننا وبين الآخرين. ونتوافق بين الناس حلوهم ومرهم أو تلك المهارات التي نستخدمها لانجاز العديد من التفاعلات الاجتماعية التي لا حصر لها.

1) التنشئة الاجتماعية للطفل والعوامل المؤثرة بها:

ان عملية التنشئة الاجتماعية عملية تعلم وتعليم وتربية تقوم على التفاعل الاجتماعي وتهدف إلى إكساب الفرد (طفلا كان أو مراهقا أو شيخا سلوكيات ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية معينة تمكنه من مسايرة جماعته والتوافق الاجتماعي معها لاتمام دوره في الحياة وبالتالي تكسبه الطابع الاجتماعي وتيسر له الاندماج في الحياة الاجتماعية. ويتحدث زهران (2005) عن العوامل التي تؤثر في عملية التنشئة للفرد والتي تؤثر في نمو شخصية الفرد فيما بعد وتؤثر بالتالي على عملية التنشئة الاجتماعية والتي حددها بكل من: الوراثة والبيئة والغدد والغذاء والنضج والتعلم وعدد من العوامل الأخرى مثل أعمار الوالدين والمرض والحوادث والانفعالات الحادة والولادة العسرة وعوامل المناخ والطقس. وأن الأساليب الاجتماعية التي تتبعها الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية تتمثل في الآتي:

- الاستجابة لسلوك الطفل مما يؤدي إلى إحداث تغير في هذا السلوك.
- الثواب المادي أو المعنوي حيث تثيب الأسرة الطفل على السلوك السوي وتعززه.
- العقاب المادي أو المعنوي حيث تعاقب الأسرة الطفل على السلوك غير السوي وتطفئه.
- المشاركة في المواقف والخبرات الاجتماعية المختلفة بقصد تعليم الطفل السلوك الاجتماعي.
- التوجيه المباشر الصريح لسلوك الطفل وتعليمه المعايير الاجتماعية للسلوك والأدوار الاجتماعية والقيم والاتجاهات.. الخ.

2) **النمو النفسي:**

وبالرغم من انتماء أريكسون لمدرسة التحليل النفسي وتأثره بوجهة نظر فرويد إلا انه طور نموذجا للنمو النفسي خاص به تميز بالشمول والإنسانية يختلف عما طرحه فرويد في نظريته عن النمو النفسي والتي بناها في ضوء علاقة الطفل بأبيه وأمه. بل نظر أريكسون إلى النمو النفسي في سياق اجتماعي أكثر اتساعا وشمولا، وضمن إطار من التراث الثقافي للأسرة مما جعله يتحدث عن نمو نفسي – اجتماعي Psychosocial Development ويتخذ موقفا تفاؤليا من مسألة إمكانية النمو السليم مشيرا إلى أن كل كائن بشري يملك إمكانية إنتاج السلوك الخير والسوي. وقد بنى أريكسون نموذجه الخاص بالنمو النفسي بناء على اعتقاده بوجود أزمات نمو أساسية تسود في مراحل النمو المختلفة وتتزامن مع المدى المعياري لمجموعات من الأعمار الزمنية والاجتماعية والثقافية. وعلى الفرد أن يواجه في كل مرحلة من مراحل نموه الثمانية أزمة نمو أساسية ويتغلب عليها قبل الانتقال إلى مرحلة النمو التالية إذا ما أريد لهذا النمو أن يكون سليما.

3) **تكوين الصداقات:**

تنطوي صداقات الاطفال الى حد ما على بعض الفوائد الخاصة التي يمكن الحصول عليها جراء ذلك. فالعواطف والاهتمامات والخبرات الحياتية المتبادلة والمناسبات التي يتخلص فيها المرء من المطالب والتوتر. كلها تؤدي الى احساس الطفل بالدفء والسعادة في عالم يبدو في أغلب الاحيان باردا وقاسيا عليه. فاذا ما اعطت الصداقات التي يبنيها مثل هذه الصفات فانها ستكون بالضرورة صداقات ودودة وحميمة بين اطرافها.

ولكن: كيف يعمل الاطفال على تكوين الاصدقاء؟ ومتى؟

فالاطفال في بداية حياتهم يميلون بشكل قليل جدا الى التفاعل مع اترابهم خاصة في السنة الاولى من حياتهم. ذلك ان القابلية للاستجابة الاجتماعية وتكوين الاصدقاء تتجه اساسا الى الراشدين والاخوة والاخوات الاكبر سنا. وتشير الدراسات الاختلافات المثيرة للاهتمام في طبيعة الاستجابات التي يقدمها الاطفال في سن مبكرة. فبعض هؤلاء الاطفال يغريهم العناق والضم. كما يجدون متعة لدى حملهم ومداعبتهم. بينما لايجد اطفال آخرون تلك المتعة والحب. ويفسر الباحثون هذا الاختلاف بين الاطفال. ان بعض الوالدين الذين يجدون متعة في حضن الطفل ومداعبته. ومقاومة الطفل للحمل والعناق. مما يعتبرونه انعزالا او رفضا الامر الذي يثير مشاعر الالم لديهم. ان الطفل في سنته الاولى من العمر يقوم بالملاحظة والابتسام او حتى الامساك بزميله في اللعب لدى قيام اتصال بينهما. وقد ينشأ صراع غضبي بينهما اذا ما رغب احد الاطفال في تناول لعبة الآخر التي يمتلكها الطفل الآخر. لكن هذا الغضب يكون بشكل عام

غير مركز على موضوع معين. (Owens, 2006) فهم يستجيبون لموضوعات اللعب اكثر من استجابتهم لزملاء اللعب. خاصة عندما تكون الاطفال ما بين السنة والسنة والنصف من العمر. وتتغير انماط الصداقة بتغير السن بين الاطفال. وتتجه نحو انشاء علاقات اكثر قربا مع عدد محدود من الاطفال. بالرغم من اهتمام الطفل بكافة الاطفال المماثلين له في السن. ويشترك الاباء والمعلمون والزملاء والاصدقاء الحميمون في التأثير على تكوين وتقوية الصداقات الجديدة لهؤلاء الاطفال.

وتتحدث الدراسات الى ان عددا من المعايير يضعها الاطفال في تكوينهم لتلك الصداقات. حيث يمثل **المعيار الأول** بالنسبة لتكوين الصداقات هو **التقارب**: ويحدد هذا المعيار المؤهلات التي يجب ان تتوفر في الصديق حتى يتم اختياره. ولا بد لأجل ذلك من ان تتوفر الفرصة للاطفال كي يقوموا بالاتصال والتفاعل فيما بينهم قبل رسوخ اي نوع من انواع التجاذب بينهم. حيث تنشأ الصداقات عادة كنتيجة مباشرة للاتصال المباشر ووجها لوجه بين الاطفال انفسهم. والاطفال الذين يعيشون بالقرب من بعضهم البعض هم الاوفر حظا في تلك اللقاءات ويميلون اكثر الى تكوين الصداقات فيما بينهم. من أولئك الاطفال الذين يعيشون في اماكن متباعدة.

أما **المعيار الثاني** لاختيار الاصدقاء فهو تطبيق للمبدأ القائل: "الشبيه يجذب الشبيه". فقد اشارت الدراسات التي اجراها الباحثون في هذا الصدد الى انه لا يوجد دليل قوي على ان الصفات المتضادة تجذب الاطفال وتؤدي بهم الى تكوين الصداقة فيما بينهم. بينما يميل كل طفلين يتشابهان في وجوه عديدة (مثل السن والنضج الاجتماعي والوزن والطول والذكاء العام والاطفال الذين يتميزون بالود والنشاط والاقتدار والجرأة والاستجابية) الى تكوين الصداقة فيما بينهم والانجذاب الى بعضهم البعض.

الا ان تلك الصداقات التي تتشكل بين الاطفال تتأثر بشكل أو بآخر للخلفية الاجتماعية والانتماء الديني والعرقي والقيم والاتجاهات. وأن اكثر تلك المؤثرات فاعلية في تكوين الصداقات هو الاعتقاد بأن الآخر شبيه بالذات. بحيث يختار الاطفال صداقاتهم ممن يتمتعون بصفات مرغوبة لديهم وطبقا لمغايير الجماعة التي ينتمي اليها. وان هذه الصداقات تكون غير مستقرة في الغالب خاصة في مرحلة الطفولة المتوسطة بالنظر الى التغير السريع لاهتمامات الاطفال انفسهم في تلك المرحلة. وتزداد القدرة على تكوين صداقات مستديمة تدريجيا مع التقدم بالعمر.

(6 – 3) ماذا في وسعنا ان نعمل؟:

يرى العديد من علماء النفس أن العيادة التربوية الخاصة بأطفال المدرسة هي المكان الأفضل في علاج حالات رفض الذهاب إلى المدرسة والتي سيأتي ذكرها لاحقا في هذا الكتاب. فالعيادة التربوية تتضمن استراتيجيات معالجة أساسية وشاملة لمشكلات رفض الذهاب إلى المدرسة يكون فيها التعاون ما بين المدرسة والوالدين ذا أهمية كبرى في نجاح عملية العلاج. كما يتحدد أسلوب برنامج العلاج الفردي طبقا لطبيعة الاضطراب الدقيقة الذي يعاني منه الطفل. وغالبا ما تتخذ الترتيبات اللازمة من قبل الإدارة المدرسية بتغيير الصف أو المدرسة التى يرفض الطفل الذهاب إليها. كما يمكن تطبيق برامج العلاج الفردي وتقديم تكنيكات سلب الحساسية كتسوية ناجحة بين صعوبات إرغام الطفل على معاودة الذهاب إلى المدرسة.

مراجع الوحدة الرابعة

المراجع العربية:

- اسماعيل، محمد عماد الدين (2003): **الطفل من الحمل الى الرشد: الجزء الأول: السنوات الست الأولى**، الكويت: دار القلم.
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): الطفل من الحمل الى الرشد: الجزء الثاني: الصبي والمراهق، الكويت: دار القلم.
- بشناق، رأفت (2001): سيكولوجية الأطفال: دراسة في سلوك الأطفال واضطراباتهم النفسية. بيروت: دار النفائس.
- زهران، حامد عبد السلام (2005). علم نفس النمو. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- ششتاوي، هشام (1996): الخوف عند الأطفال. عمان: وزارة التربية والتعليم، رسالة المعلم، العدد: الرابع، المجلد السابع والثلاثون.
- عيسى، ايفا ل. (1993): المرشد العملي لحل المشاكل السلوكية في مرحلة ما قبل المدرسة. ترجمة عبد العزيز الدخيل وآخرون. الرياض: مكتب التربية لدول الخليج.
- قنديل، محمد متولي وشلبي، صافي ناز. (2006). مدخل الى رعاية الطفل والأسرة. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- ملحم، سامي محمد (2013). علم نفس النمو (دورة حياة الانسان). عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- النشواتي، عبد المجيد (2003): علم النفس التربوي. عمان: دار الفرقان.
- هربرت، مارتن (1980): مشكلات الطفولة. ترجمة عبد المجيد نشواتي، دمشق: مطبعة البعث.

المراجع الأجنبية:

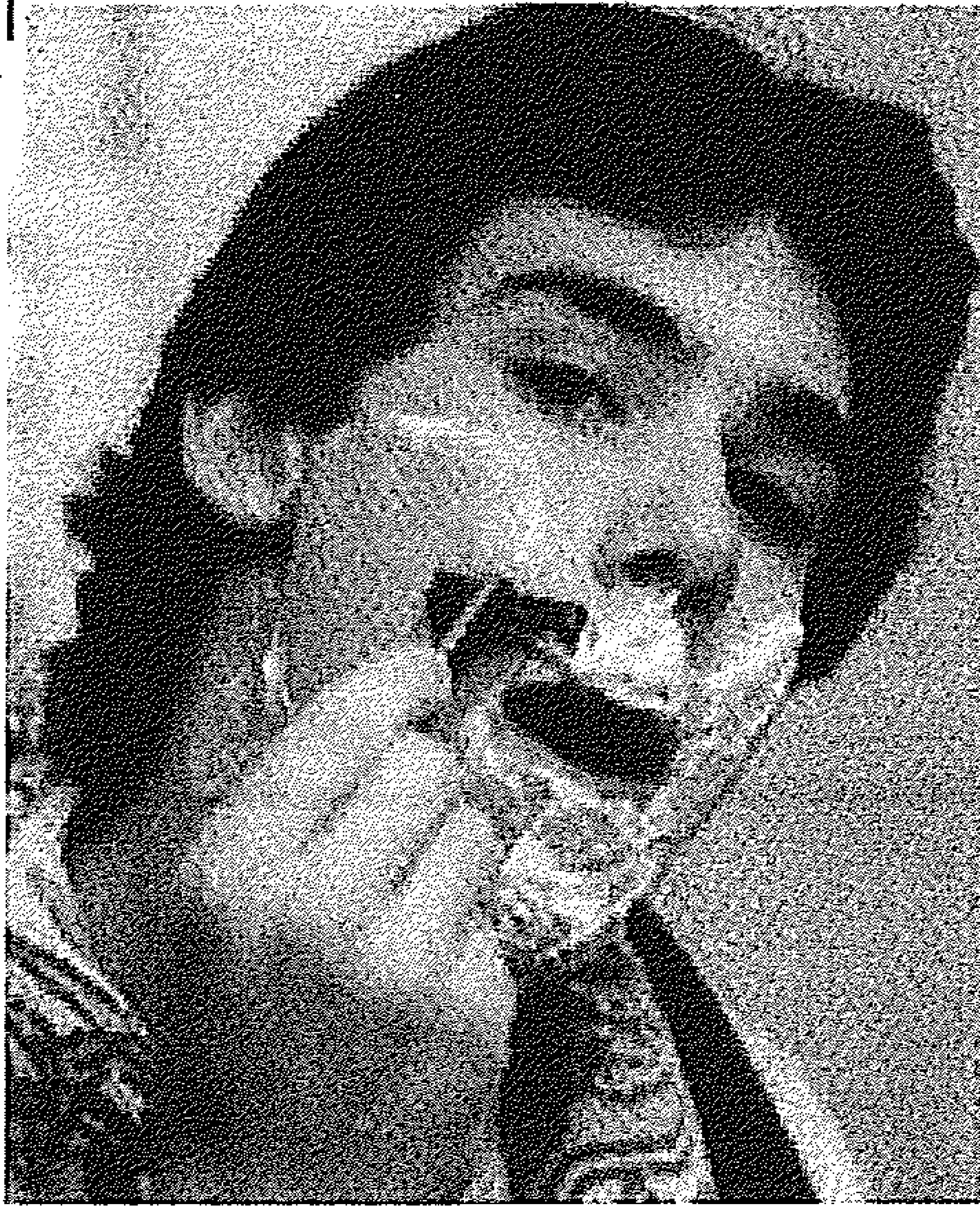
- Bandura, A. ; (1977) **Aggression: A Social learning analysis.** New Jersey. Prentice – Hall. Englewood cliffs
- Barraga, N. ; (1992). Visual handicaps and learning: A developmental approach. Austin, Texas: PRO – ED. 1992
- Berk, L. E. ; (2007) Infants, Children, and Adolescents.. Boston: Allyn and Bacon.
- Binger,J. J. ; (2003) Human development: A life – span approach. New York: MacMillan.
- Bowlby,J. ; (2005) Separation and Loss. New York: Basic Books.
- Carson, C. C. , et al. ; (2007) Abnormal psychology and modern life.. Boston: Allyn and Bacon.
- Christensen, U. , Schmidt, L. , Hougard, C. O. , Kriegbaum, M. , Holstein, E. , B. (2006) , Socioeconomic position and variations in coping strategies In Musculoskeletal pain: A cross – sectional study, J Rehabil Med, 38, 316 – 321.
- Claar, R. L. , Walker, L. S. (1999) , Maternal Attributions for the causes and Remedies of their children's Abdominal pain. Journal of Pediatric Psychology, 24, 4, 345 – 354.
- Crane, C. , Martin, M. (2004) , Adultillness behavior: the impact of child hood experience, Personality And Individual Differences, 32, 785 – 798.
- De Ridder, D. , Schreurs, K. (2001) , Developing Interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept, Clinical Psychology Review, 21, 250 – 240.
- Dysvik, E. , Natving, G. K. , Ole – J. , Lindstrom, T. C. (2005) , Coping with chronic pain. International Journal Of Nursing Studies, 42, 297 – 307.
- Endler, N. S. , Corace, K. M. , Summer feldt, L. J. Johnson, J. M. , Rothbart, P. (2003) , Coping with chronic pain, Personality and Individual Differences, 34, 323 – 346.
- Erwin, P. (2003). Friendship and peer relations in children. Chichester: Wiley.

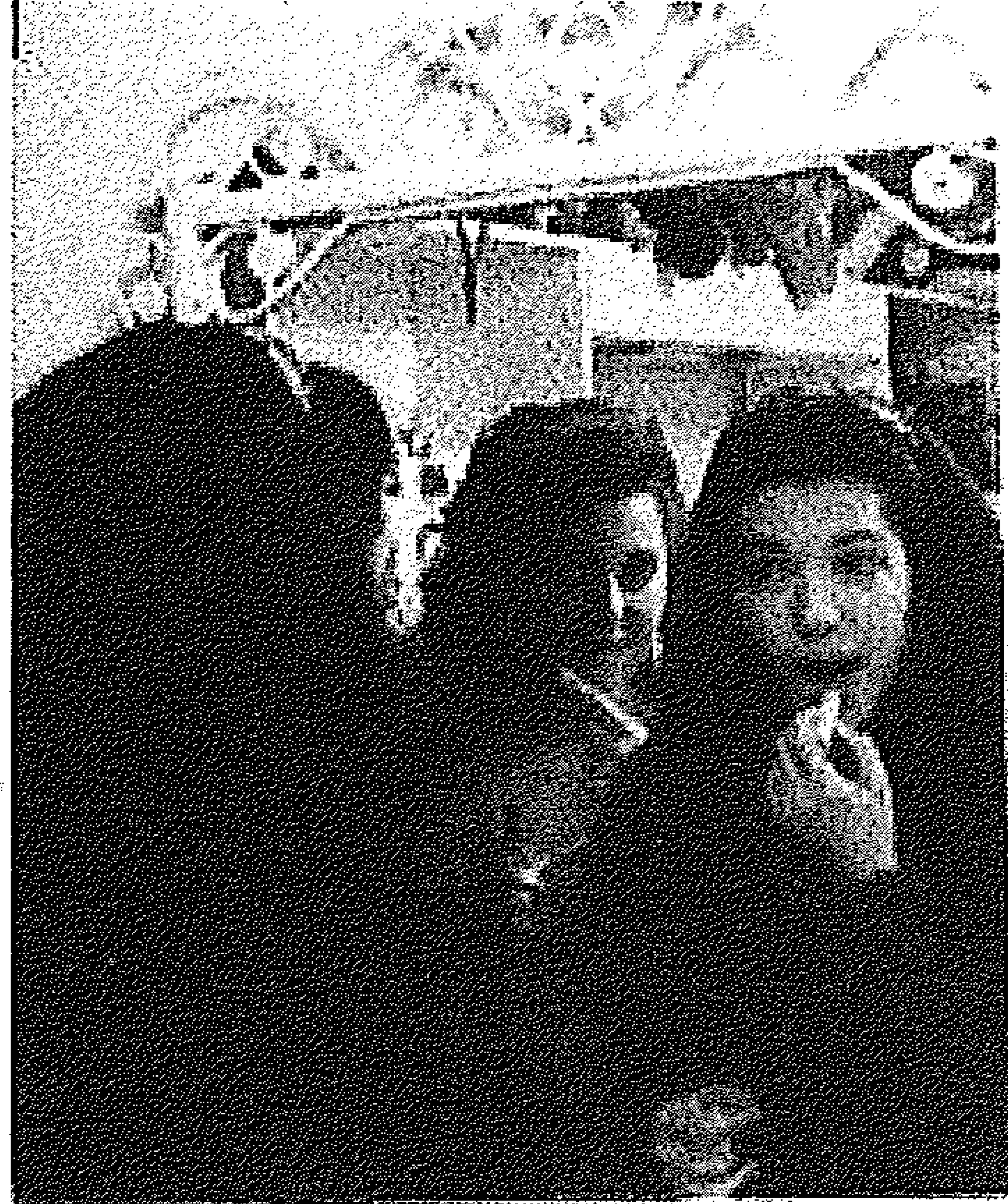
- Halonen, J. S. & Santrock, J. W. ; (2007). Psychology: Contexts of behavior. Madison: Brow & Benchmark publishers.
- Hanson, R. W. , Gerber, K. E. (1990) , Coping With Chronic Pain: A Guide To Patent Self – Management pp. 15 – 45. New York: Guilford Press.
- Hirschfed, l; Gelman, S. (2004). Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture. New York: Cambridge university prees.
- Hoffman, L. W. ; (1974). Effects of maternal employment on the child. A review of the research. J. of developmental psychology. 10 (2) , 204 – 228.
- Jerant, A. F. , Friederichs – Fitzwater, M. M. , Moore, M. (2005) , Patient's perceived barriers to active self – management of chronic conditions. Patient Education And Counseling, 57, 300 – 307.
- Kristjansdottir, G. (2005) , Familial aggregation and pain theory relating to recurrent pain experience in children. Acta Pediatr, 89, 1403 – 1405.
- Livnch, H. , Lott, S. M. , Antonak, R. F. (2004) , Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach, Psychology Health & Medicine , 9, 4, 411 – 416.
- Martin, B. ; (2005). Parent – child relation. (in) F. D. Horowitz (Ed). Review of child development research. Vol. 4. , Chicago, university of Chicago press.
- Mitchell, J. J. ; (2004). Moral growth during adolescence. J. of Adolescence. Vol. 10, pp. 221 – 226.
- Murk, C. J. (1999) , Self – Esteem: Research,Theory And Practice, New York. Springer:.
- Nicholas, M. , Asghari, A. (2006) , Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? Pain, 124, 269 – 279.
- Owens, K. B. ; (2006) Child & adolescent development: An Integrated approach. Australia: Wadsworth, Thomson learning.
- Papalia D. E. , & Olds S. W. ; (2005) Psychology. New York: McGraw – Hill Book Company.

- Papalia, D. E, & Olds, S. W. ; (2006) A Child's world. New York: McGraw – Hill, INC.
- Rathus, S. A. ; (2002) Psychology In the millennium. New York: Hartcourt college publishers.
- Schickedanz, J. A. et al. ; (2003) Understanding children. Mountain View, California: Mayfield publishing company.
- Sternberg R. ; (2004) Psychology. Australia: Thomson Wadswoth.
- Walker, L. S. , Garber, J. , & Greene, J. W. (1993) , Psychosocial correlates of recurrent abdominal Pain: A comparison of Pediatric Patient with recurrent abdominal pain, organic illness, and psychiatric disorders, Journal Of Abnormal Psychology, 102, 248 – 252.

الوحدة الخامسة

الارشاد النفسي للمراهق





الوحدة الخامسة

الارشاد النفسي للمراهق

أولاً: المقدمة:

(1 – 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: أهلا بك في الوحدة الخامسة من هذا المؤلف والذي تبحث في مرحلة المراهقة ومشكلاتها. فالمراهقة مرحلة انتقال من الطفولة الى الرشد والنضج. وهي المرحلة التي يمر فيها المراهق بتطورات وتغيرات جسمية ونفسية. فتتأثر بما قبلها من المراحل. كما انها مرحلة متعددة الجوانب حيث ينمو المراهق جسميا وفيزيولوجيا وجنسيا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ومهنيا. وتتميز بالنمو الواضح المستمر نحو النضج في كافة مظاهر وجوانب الشخصية.

تتألف هذه الوحدة من خمسة أجزاء يبحث الجزء الأول منها في تعريف المراهقة وخصائصها والاتجاهات النظرية في تفسيرها. ويبحث الجزء الثاني في أهداف مرحلة المراهقة وأهميتها. بينما يبحث الجزء الثالث في العوامل المؤثرة في نمو المراهق. ويبحث الجزء الرابع في تكيف المراهق ونمو هيته واشباع حاجاته وتكيفه. ويبحث الجزء الخامس والأخير في مشكلات المراهقين وأساليب الارشاد فيها.

(1 – 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادرا على أن:

- تعرف مرحلة المراهقة.
- تحدد خصائص مرحلة المراهقة.
- تبين الاتجاهات النظرية في تفسير مرحلة المراهقة.
- تحدد أهداف مرحلة المراهقة وأهميتها.
- تبين العوامل المؤثرة في مرحلة المرهقة.
- توضح تكيف المراهق.
- تذكر مشكلات المراهقين وأساليب الارشاد فيها.

ثانياً: طبيعة مرحلة المراهقة:

مصطلح المراهقة Adolesecnce مشتق من الكلمة اللاتينية Adolescere ومعناه التدرج نحو النضج الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي.

ويستخدم علماء النفس مصطلح المراهقة ليشير الى معاني كثيرة: فيرى بعضهم ان كلمة المراهقة على انها تعني التحول نحو النضج الجسمي والعقلي والانفعالي والاجتماعي.

وعبر بياجيه عن فكرة المراهقة بقوله انها تعني العمر الذي يندمج فيه الفرد مع عالم الكبار. والعمر الذي لم يعد فيه الطفل يشعر أنه اقل ممن هم اكبر منه سنا. بل هو مساو لهم في الحقوق على الاقل. (Piaget & Inhelder. 1969,)

(2 – 1) تعريف المراهقة:



تمثل المراهقة مرحلة الانتقال من مرحلة الطفولة (مرحلة الاعداد لمرحلة المراهقة) الى مرحلة الرشد والنضج. وبناء على ذلك، فان مرحلة المراهقة تعد مرحلة تأهب لمرحلة الرشد. وتمتد من نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة. والتي حددها أغلب علماء النفس في الفترة ما بين (12 – 20 سنة) (Hurlock, 1980). وتعد هذه الفترة فترة اعداد للنضج والرشد. وهي المرحلة التي يمر فيها المراهق بتطورات وتغيرات جسمية ونفسية. فتتأثر بما قبلها من المراحل. كما انها مرحلة متعددة الجوانب حيث ينمو المراهق جسميا وفيزيولوجيا وجنسيا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا ومهنيا. وقد وصفها ستانلي هولStanley Hall واليزابيث هيرلوك Hurlock وكيرت ليفين Lewin وآخرون بأنها فترة عاصفة ومحنة مليئة بالمشكلات بل هي بداية ظهور المشكلات في حياة الفرد. (Foltz, et al. , 2005,) وقد ظهرت ابحاث عديدة تبرز اهمية هذه المرحلة في حياة الانسان.

1) **التعريف البيولوجي للمراهق:**

أشار البيولوجيون الى التغيرات البيولوجية والجسدية للبلوغ التي تحول الأطفال الى راشدين ناضجين جسديا وجنسيا. وان التغيرات التي تحدث للمراهق لا ترتبط بشكل أو بآخر لثقافة المراهق التي ينتمي اليها. وتحدث هذه التغيرات نتيجة لإفرازات مجموعة متنوعة من الافرازات الهرمونية القوية. التي تحدث وفقا لسرعات زمنية مختلفة. وتؤدي الى احداث فروق جسدية بين الذكور والاناث. وكذلك فروقا في الجهاز التناسلي لكلا الجنسين.

2) **التعريف السيكولوجي للمراهق:**

يركز السيكولوجيون على أهمية تشكيل هوية تتميز بالاستقرار لدى المراهق وتحقق الاحساس بالذات على نحو يفوق حدود التغيرات العديدة في الخبرات والأدوار. مما يمكن المراهقين من الانتقال من الطفولة الى الرشد الذي عليهم الدخول فيها. والتي تتميز بظهور التوترات على نحو طبيعي بسبب الضغوط التي ترافق انتقال الفرد من مرحلة الطفولة الى المراهقة المبكرة. كما تتميز هذه المرحلة بالنمو المعرفي والتغير في التوقعات الاجتماعية. حيث يكون البلوغ أول مواقف الضغط التي يواجهها المراهق. بالاضافة الى التغيرات الواضحة في الوزن والطول وتغير نسب الجسد. كما يصاحب هذه المرحلة تغير نسب الجسد. ووعي المراهق بجسده الذي يتغير بسرعة كبيرة وردود فعل الآخرين نحوه.

3) **التعريف الاجتماعي للمراهق:**

وتتسم هذه المرحلة بتغيرات معرفية واجتماعية سريعة حيث يتوقع الوالدان والآخرون نضجا أكثر من المراهقين. والبدء بالتخطيط لحياتهم والتفكير لأنفسهم. بمزيد من الاحساس والمسؤولية (شريم، 2009).



وتحدث علماء الاجتماع المراهق بمصطلحات تتضمن موقعهم في المجتمع بما يعكس الى حد ما فعاليتهم الذاتية باعتبارها فترة انتقالية من الطفولة الى الرشد ولذلك، تتحدد نهايتها بتشريعات تضع الحدود العمرية المتعلقة بالحماية الشرعية لأولئك الذين لم يصبحوا بعد راشدين.

(2 – 2) خصائص مرحلة المراهقة:

تتميز مرحلة المراهقة بالنمو الواضح المستمر نحو النضج في كافة مظاهر وجوانب الشخصية، والتقدم نحو كل من النضج الجسمى، والنضج الجنسي، والنضج العقلي، والنضج الانفعالي والاستقلال الانفعالي والتطبيع الاجتماعي واكتساب المعايير السلوكية الاجتماعية والاستقلال الاجتماعي وتحمل المسؤولية، وتكوين علاقات اجتماعية جديدة والقيام بالاختبارات، واتخاذ القرارات فيما يتعلق بالتعليم والمهنة والزواج. وتحمل مسؤولية توجيه الذات، من خلال التعرف على قدراته وامكاناته وتمكنه من التفكير واتخاذ قراراته بنفسه. والتخطيط لمستقبله.

وتشير البحوث والدراسات الى اشكال وصور متعددة للمراهقة تتباين بتباين الثقافات وتختلف باختلاف الظروف والعادات الاجتماعية والأدوار الاجتماعية التي يقوم بها المراهقون في مجتمعاتهم (Reppucci, 1999):



فالمراهق البدائي يستطيع ان يشارك بمجرد بلوغه في مجتمع الراشدين البالغين وان يباشر مسؤولياته خاصة وان الحرف في مجتمعه تكون من النوع البسيط الذي لا يحتاج الى تعليم او تخصص بالمعنى الذي نفهمه. وان يستقل ويستطيع اشباع حاجاته الاساسية. ويتزوج في سن مبكرة واقامة الحفلات التي تمثل بالنسبة له خبرات سارة وربما تكون خبرات مؤلمة.

اما المراهق المتحضر فان مشاركته في مجتمع الراشدين البالغين تتأجل حتى يتم تعليمه وحتى يتعلم مهنته ويتقن تخصصه. كما يتأخر زواجه. ولا يدخل عالم الكبار بالسهولة التي يدخلها المراهق البدائي.

وقد وصف ستانلي هلHall المراهقة بأنها فترة عواصف وتوتر شدة تكتنفها الازمات النفسية وتسودها المعاناة والاحباط والصراع والقلق والمشكلات وصعوبات التوافق. لتشكل بالنسبة لحياة المراهق مجموعة من التناقضات متعددة الجوانب (Grinder, 1993)

وتتحدث اليزابيث هيرلوك (Hurlock, 1980) عن المراهقة على انها نتيجة لعوامل كثيرة منها: المثالية، ومشاعر النقص في الكفاءة والمكانة ونقص في اشباع الحاجات والضغوط

الاجتماعية، وفشل العلاقة بالجنس الآخر. ومشكلات التوافق. بحيث يؤثر كل ذلك في سلوكه من حيث:

- **اضطراب السلوك:** مثل نقص التركيز، والتقلب السلوكي، وقصور النشاط العقلي والجسمي، واضطراب الكلام، والاندفاع والعدوان.
- **الانفعالية:** والاستثارية والحساسية النفسية والانفجارات الانفعالية.
- **المشاكسة:** في اطار الاسرة
- **السلوك المضاد للمجتمع:** مثل رفض النصح والتوجيه. ومغايرة المعايير الاجتماعية في اللباس والكلام والسلوك بصفة عامة.
- **الوحدة:** مثل الشعور بالاهمال والرفض من قبل الرفاق وحتى من اعضاء الاسرة الواحدة والكبار.
- **نقص الانجاز:** ويرافقه الاهمال ونقص الدافعية وشؤون الاسرة والانشطة الاجتماعية.
- **لوم الاخرين:** والقاء التبعة عليهم واتهامهم بأنهم سبب كل شقاء
- **التهرب:** كالهروب من المنزل والزواج المبكر والاستغراق في احلام اليقظة. وربما يصل الحال بالنسبة اليه الى محاولة الانتحار. والانتحار الفعلي.

ويرى عدد من الباحثين (Pikonas, 1996) ان حياة المراهق تشبه الى حد كبير حلم طويل في ليل مظلم تتخلله أضواء ساطعة تخطف البصر اكثر مما تضيء الطريق. بحيث يشعر المراهق بالضياع لفترة تنتهي بأن يجد نفسه ويعرف طريقه عندما يصل مرحلة النضج.

والمراهق في تلك الفترة الحرجة يجرب كل امكاناته وقدراته دون تخطيط منه. لكنه مع النضج، وبالتدريج يبدأ في اختيار مستقبله وطريقة حياته بشكل سليم.

وتحدثت ميد (Mead, 1998) عما يصادفه المراهق من عواصف وتوترات وشدة والم. والذي يرجع في مجمله الى عوامل الاحباط والصراع المختلفة التي يتعرض لها في حياته داخل الاسرة وخارجها وفي المدرسة وفي المجتمع الذي ينتمي اليه. وهذا يعني بالضرورة الى معاناة المراهق من القلق والتردد والتشاؤم وخفض مستوى النشاط والحماس والتفاؤل. ويرى الباحثون هنا ان المراهق انما يبحث في كل ذلم عن ذاته ويسعى لتحقيق ذاته. وان هذه المرحلة ما هي مرحلة حب ونمو للشخصية وتكاملها. ومرحلة اكتشاف القيم والمثل.

ويرى زهران (2005) ان مرحلة المراهقة هي مرحلة حرجة Critical Period يحدث فيها تنظيم أو نمو سريع يتطلب رعاية خاصة. وتظهر على شكل صور متعددة من ابرزها: الصراعات النفسيةالتي قد يتعرض لها ومنها:

- الصراع بين السعي لأن يكبر ويتحمل المسؤولية. او ان يظل طفلا ينعم بالامن.
- الصراع بين السعي للاستقلال. والحاجة الى المساندة والدعم والاعتماد على الاخرين
- الصراع بين السعي للحرية الشخصية وتحقيق الذات. والضغوط الاجتماعية المتمثلة في المعايير والقيم الاجتماعية.
- الصراع بين ضبط الانا الاعلى والمثيرات والضغوط الخارجية
- الصراع بين تحقيق الدوافع واشباع الحاجات. ومطالب الواقع الخارجي وضرورة التوافق الاجتماعي.
- الصراع بين الضغوط الجنسية والضغوط الدينية والقيمية.
- الاختيارات والقرارات: فعلى المراهق القيام بالاخيارات واتخاذ القرارات الحيوية التي تحدد مستقبل حياته.
- المشكلات التي قد تتخلل مرحلة المراهقة سواء المشكلات النفسية أو الاجتماعية او الاقتصادية او الجنسية.
- ظاهرة البطالة. ونعني بها البطالة الاقتصادية والاعتماد على الاخرين. أو البطالة الجنسية التي تشير الى ان المراهق المؤهل جنسيا غير مسموح له ممارسة الجنس. الا من خلال الانظمة والقوانين التي يحددها له مجتمعه
- الخلط لدى الكبار: (الوالدان والمربون) بخصوص مفاهيم مثل السلطة والحرية والنظام والطاعة والديمقراطية.. واختلاف وجهات النظر بين الكبار وبين المراهقين بخصوص هذه المفاهيم.

(2 – 3) الاتجاهات النظرية في تفسير مرحلة المراهقة:

ظهرت تفسيرات واتجاهات متعددة في تفسير المراهقة من ابرزها (عقل، 1998):

1) الاتجاه البيولوجي:

يتزعم هذا الاتجاه ستانلي هل Stanley Hall ويركز على المحددات الداخلية للسلوك ويشير الى ان المراهقة تمثل مرحلة تغير شديد مصحوب بالضرورة بالتوترات وصعوبات في التكيف. وان التغيرات الفيزيولوجية تمثل عاملا أساسيا في خلق هذه التوترات والصعوبات. ويشير هل الى المراهقة باعتبارها فترة ميلاد جديد لأن الخصائص الانسانية الكاملة تولد في هذه المرحلة. وان الحياة الانفعالية للمراهق تكمن في حالات متناقضة. فمن الحيوية والنشاط الى الخمول والكسل ومن المرح الى الحزن ومن الرقة الى الفظاظة.

2) **الاتجاه الأنثروبولوجي:**

يتزعم هذا الاتجاه بندكت وميد Bendict & Mead ويركز على المحددات الخارجية للسلوك "المحددات الاجتماعية والثقافية والقيم المكتسبة". ومن خلال الدراسات المستفيضة التي قامت بها ميد والتي حاولت بها توضيح ما اذا كان سلوك المراهقة سلوكا عاما وشائعا لدى المراهقين أم انعكاس لظروف بيئية وخبرات معينة. فقد أكدت على أن المراهقة تتكون وتتشكل بالبيئة الاجتماعية. وعلى أهمية التنشئة الاجتماعية في اشتداد مشكلات المراهقة. موضحة على ان المراهقين في المجتمعات البدائية يجتازون هذه المرحلة دون صراعات تذكر. على عكس مراهقي المجتمعات المتقدمة كالمجتمع الامريكي مثلا.

هذا، وقد أوضحت الدراسات الأنثروبولوجية عددا من الحقائق تمثلت في الآتي:

- ان المراهقة تمثل مرحلة نمو اعتيادي وليس بالضرورة أزمة في كل المجتمعات. وان سلوكيات المراهق وتصرفاته واتجاهاته تعكس بالضرورة البيئة الأجتماعية التي نشأ فيها.
- ان المراهقة لا تتخذ نمطا عاما أو شكلا واحدا بل قد تتخذ أشكالا مختلفة وأنماط متعددة باختلاف البيئة المحيطة بالمراهق. وان للبيئة الاجتماعية دور فاعل في أشكال المراهقة وتعقدها بكل ما تشتمله من احباطات وصراعات.
- ان فترة المراهقثة فترة نسبية دينامية يصعب معها وضع نظرية عامة لتفسير جميع جوانب المراهقة في أي مجتمع من المجتمعات.

3) **الاتجاه المجالي:**

يتزعم هذا الاتجاه كيرت ليفين K. Leivin ويركز على التفاعل بين المحددات الداخلية والخارجية للسلوك. كما يركز بصفة عامة على عامل الصراع اثناء الانتقال من مرحلة الطفولة الى مرحلة الرشد. ومن مجال معروف الى مجال مجهول ويصور المراهقة على انها:

- فترة تغير في الانتماء الى الجماعة. حيث يرتبط بقيم وعادات جديدة تمثلها الجماعة التي ينتمي اليها مجددا. بعد ان كان ينتمي لجماعة الاطفال التي كان يعيش معها ويتصرف وفقا لأسلوب طفلي. اما وقد اصبح الآن كبيرا يرفض ان يعامل كطفل. فان عليه ان ينتزع الأسلوب الطفولي الذي اعتاده. ويقيم نمطا جديدا من العلاقات وفق مضمون ومستوى جديدين.

- ان الانتقال في الانتماء من جماعة الاطفال الى جماعة الراشدين هو انتقال من وضع معروف الى وضع جديد غير معروف بالنسبة للمراهق. وكأنه بهذه الحالة ينتقل الى عالم مجهول. لم يتم تكوينه من الناحية المعرفية. بحيث يصعب على المراهق التحرك نحو هدفه بوضوح.
- ان فترة التغيرات الفيزيولوجية والجسمية التي تحدث للفرد هي فترة تغيرات شديدة بحيث تبدو صورة الجسم بالنسبة له صورة مضطربة وبينما هو مشغول بجسمه الذي تغيرت معالمه فان خبراته الجنسية التي لم يعرف طبيعتها ولا كيفية التعامل معها والاستجابة لها. مما يضطر الى أن يسحب انتباهه من العالم الخارجي ويركزه نحو الذات نفسها بسبب ما يعتريها من تغيرات لم تنتظم بعد في نمط مستقر.
- ان مرحلة المراهقة تمثل فترة ظهور حاجات واهتمامات ورغبات واهداف جديدة. وهي فترة حدوث التغيرات العقلية والانفعالية والاجتماعية وظهور حاجات واهتمامات وطموحات معينة. مما يستدعي اشباع الحاجات النفسية والاجتماعية للمراهق. وقد لا يستطيع اشباع حاجاته مما ينتج عنه القلق والتوتر وبروز المشكلات. ويحاول المراهق في هذه المرحلة استطلاع المواقف الجديدة وحين لا يكون قادرا على ايضاحها فانه يزداد تعقيدا في حياته في عدم قدرته على تحديد واقعه الجديد فيختلط عنده الواقع بالخيال. وينتقل بالتالي الى عالم الكبار المليء بالتناقضات والصراعات بين قيم وآراء متعددة.

4) **اتجاهات المرحلة المعتمدة:**

تتمركز هذه الاتجاهات حول بحث المراهق المستمر عن هويته Identity أو ذاتيته. كما يراها أريكسون Irikson. (Rohwer, et al. , 2006) ويشير اليها كولبرج kohberg على انها انتقال الى الاخلاق التقليدية (المتفقة مع قواعد العرف والسلوك المرعية) في عمل القرارات. اما كينستون Keniston فيشير الى المشكلات الرئيسية للمراهق كالتوتر الذي ينمو بين الذات والمجتمع. رافضا تقبل المسؤولية والخوف من النمو. مشيرا الى ان الراشدين بحاجة الى الانتباه والرعاية من ثقافة الراشدين. وبالانتباه الى المراهق وتدعيمه تمكنه من العثور على ذاته ويتقدم الى مرحلة الرشد بسلام.

5) **اتجاهات التعلم:**

يركز اتجاه التعلم على ان المراهقة تتصف بالانسحاب من معايير ثقافة الراشدين. هذا الانسحاب الذي غالبا ما يحدث عن طريق سلوك لا اجتماعي غير مرغوب فيه. قد يظهر من خلال تقبل ثقافة جماعة الرفاق التي تعتمد على خبرات تعلم الفرد. وعلى سبيل المثال فان السلوك الاغترابي والجناح اثناء فترة المراهقة عادة ما يرتبط باتجاهات والديه قاسية وعدم اتساقية من

قبل الوالدين (الأشول، 2005) اضافة الى ما تحدثه وسائل الاعلام من تعلم سلوك غير مرغوب فيه للمراهق.

ثالثاً: اهداف مرحلة المراهقة واهميتها:

(3 – 1) اهداف مرحلة المراهقة::

تتلخص أهم اهداف مرحلة المراهقة في الجدول رقم: 5: 1 كما يلي:

جدول رقم: (5 – 1) اهداف مرحلة المراهقة:

	نمو من	نمو الى
النضج الجنسي	• الاهتمام بأعضاء نفس الجنس • خبرات مع رفاق كثيرين • الوعد الكامل بالنمو الجنسي	• الاهتمام بأعضاء الجنس الآخر • اختيار رفيق واحد • قبول النضج الجنسي
النضج الاجتماعي	• الشعور بعدم التأكد من قبول الاخرين له • الارتباك اجتماعيا • التقليد المباشر للأفراد	• الشعور بالأمن وقبول الآخرين له • التسامح اجتماعيا • التحرر من التقليد المباشر للأقران
التخفف من سلطة الاسرة	• ضبط الوالدين التام • الاعتماد على الوالدين من أجل الأمن • التوحد مع الوالدين كمثال ونموذج	• ضبط الذات • الاعتماد على النفس من اجل الأمن • الاتجاه نحو الوالدين كأصدقاء
النضج العقلي	• قبول الحقيقة على أساس انها صادرة من سلطة أو مصدر ثقة • الرغبة في الحقائق • اهتمامات وميول جديدة وكثيرة	• طلب الدليل قبل القبول • الرغبة في تفسير الحقائق • ميول ثابتة وقليلة
النضج الانفعالي	• التعبير الانفعالي غير الناضج • التفسير الذاتي للمواقف • المخاوف الطفلية والدوافع الطفلية • عادات الهروب من الصراعات	• التعبير الانفعالي البناء • التفسير الموضوعي للمواقف • المثيرات الناضجة للانفعالات • عادات مواجهة وحل الصراعات

	نمو من	نمو الى
اختيار المهنة	• الاهتمام بالمهن البراقة • الاهتمام بمهن كثيرة • زيادة او قلة تقدير قدرات الفرد • عدم مناسبة الميول للقدرات	• الاهتمام بالمهن العملية • الاهتمام بمهنة واحدة • التقدير الدقيق لقدرات الفرد • مناسبة الميول للقدرات
استخدام وقت الفراغ	• الاهتمام بالالعاب النشطة غير المنظمة • الاهتمام بالنجاح الفردي • الاشتراك في الالعاب • الاهتمام بهوايات كثيرة • الاشتراك في العديد من الاندية	• الاهتمام بالالعاب الجماعية المنظمة • الاهتمام بنجاح الفريق • الاهتمام بمشاهدة الالعاب • الاهتمام بهواية او اثنتين • الاشتراك في اندية قليلة
فلسفة الحياة	• اللامبالاة بخصوص المبادىء العامة • اعتماد السلوك على العادات الخاصة المتعلمة • قيام السلوك على اساس تحقيق السرور وتخفيف الالم	• الاهتمام بالمبادىء العامة وفهمها • قيام السلوك على اساس المبادى الأخلاقية العامة • قيام السلوك على اساس الضمير والواجب
توحد الذات	• ادراك قليل للذات • فكرة بسيطة عن ادراك الآخرين للذات • توحد الذات مع اهداف شبه مستحيلة	• ادراك دقيق نسبيا للذات • فكرة جيدة عن ادراك الآخرين للذات • توحد الذات مع أهداف ممكنة

(3 – 2) اهمية مرحلة المراهقة:

يتفق غالبية علماء النفس على ان هذه المرحلة هي مرحلة مليئة بالمشكلات. وان ظهور تلك المشكلات رهينة بتيقظ الشعور بالذاتية Self of identity الذي يتم في سن البلوغ.

فالمراهق في هذه المرحلة يسعى جاهدا للتخلص من اعتماده المالي على أبويه أو الآخرين من الكبار. ويسعى الى الاستقلالية بالرغم من حاجته الملحة الى المساعدة. كما يسعى الى تحمل مسؤولياته. لكنه رغم ذلك محتاج لأن يظل طفلا ينعم بالأمن والطمأنينة.

وعليه ان يحقق ذاته، يفكر لنفسه، ويحقق ميوله، ويشبع حاجاته، ولكن لا بد ان يتطابق تفكيره وسلوكه مع المعايير الاجتماعية والتوافق مع الآخرين. وعليه اتخاذ قرارات حيوية تحدد مستقبل حياته، خاصة ما يتعلق منها بالتعليم واختيار مهنته، أو ما يتعلق بالزواج وتكوين اسرة. أو ممارسته بعض الهوايات أو تكوين بعض الصداقات. ويسعى لتحقيق الحرية، وصاحب سلطة لكنه مع ذلك يجد نفسه متورطا في صراعات انفعالية مع الأطفال الأصغر منه سنا داخل اسرته. وكذلك الوالدين والمدرسين وأعضاء المجتمع. وهو يريد ان يكون راشدا، لكنه لا يعطى المسؤولية الكافية لأعماله الخاصة. وهو يعاني من مشكلات لم تكن موجودة لديه في مرحلة سابقة وتختلف أيضا عما يواجهها الراشد الى حد ما. وهو يسعى جاهدا لتحقيق حل مقبول لمشكلاته تلك. تتناسب ومعايير الجماعة

(3 – 3) مطالب النمو في مرحلة المراهقة:

حدد هافجهرست مطالب النمو في مرحلة المراهقة على النحو التالي:

1) تكوين علاقات ايجابية ناضجة مع افراد الجنسين:

ويتمثل ذلك في النظر الى افراد الجنسين على انهم افراد ناضجون ويتصرف معهم بحكمة دون بروز الانانية. كما يتعلم العمل معهم من اجل تحقيق اهداف مشتركة.

2) التوحد مع الدور الذكري أو الأنثوي:

ويتمثل في ان تلعب الأنثى دورها كأنثى. ويلعب الذكر دوره كرجل وفق معطيات الثقافة التي يعيش فيها.

3) تقبل التغيرات الجسمية والجنسية على أنها مظهر طبيعي للنمو:

ويتمثل ذلك في ان يتقبل المراهق التغيرات الجسمية الجديدة باعتبارها مظهرا طبيعيا من مظاهر النمو الانساني. وأن لا تثير قلقه.

4) تحقيق الاستقلال النفسي عن الآخرين:

ويتمثل ذلك في التحرر من التعلق بالوالدين. وتنمية حب الوالدين دون الاعتماد عليهما. وتنمية القدرة على القيام ببعض واجباته بمفرده. واتخاذه قراراته بنفسه.

5) التخطيط لمستقبل مهني أو تعليمي مرموق:

ويتمثل ذلك في التفكير في اختيار مهنته او دراسته التي تحقق له طموحاته وفق قدراته وامكاناته. كما تحقق له قدرا من الاستقلال الاقتصادي.

6) **العمل على بناء نسق قيمي متكامل يوجه السلوك ويحدده:**

ويتمثل ذلك في قيام المراهق بتكوين مجموعة من القيم والاتجاهات لنفسه تكون هاديا له في تصرفاته. يحتكم اليها في حل مشكلاته وصراعاته حال حدوثها.

7) **العمل على تنمية الولاء والانتماء الاجتماعي:**

ويتمثل ذلك في ازدياد الوعي الاجتماعي للمراهق بأسرته ومجتمعه وادراك مسؤولياته وواجباته كمواطن صالح.

8) **الاستعداد النفسي للزواج:**

ويتمثل ذلك في تكوين اتجاهات ايجابية عن الزواج والحياة الاسرية باعتبارها مقومات ضرورية للحياة. واستكمالا لدورة حياة الفرد.

9) **اكتساب المراهق شعورا واضحا بالهوية او الذاتية:**

ويتمثل ذلك في تكوين فكرة واضحة عن نفسه. واهدافه وطموحاته وقيمه واتجاهاته التي سوف يتبناها لتصبح بعد هويته المميزة عن غيره.

رابعاً: العوامل المؤثرة في نمو المراهق:

تعتبر المدرسة من اهم المؤسسات الاجتماعية التي تلعب دورا بارزا في حياة المراهقين وتشكيل مستقبلهم. وتستطيع المدرسة في هذا المجال توفير فرص النمو السليم والمتكامل للمراهق عن طريق المواد العلمية واسلوب المعاملة. وعن طريق العلاقات الانسانية السائدة، وكذلك عن طريق الأنشطة المختلفة التي تساعد المراهقين على تحقيق مطالب النمو، وتجنيبهم الكثير من الصراعات التي تحفل بها هذه المرحلة.

لقد حدد هافجهيرست مطالب النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة بتقبل الذات، وخاصة تقبل التغيرات الجسمية والجنسية الجديدة، وتحقيق الاستقلال الانفعالي، وتكوين اتجاهات ايجابية نحو الجنس الآخر ونحو الاقران من نفس الجنس ونحو الوالدين والاسرة والمجتمع. وتحقيق الامان النفسي والاطمئنان على المستقبل وتحقيق الولاء للقيم الاجتماعية والخلقية والدينية التي تسود المجتمع الذي يعيش فيه. وتشكل هذه المطالب عبئا ثقيلا على كاهله تجعله يعيش صراعات نفسية مختلفة تتمثل في كل من (الفقي، 1995):

- صراع بين الحاجة الى تهذيب الذات والحاجة الى التحرر والاستقلال. وهو بذلك يحتاج الى من يوجهه الى معرفة السلوك المقبول في المناسبات والمواقف المختلفة. لكنه في الوقت نفسه يحتاج الى الشعور بالاستقلالية. وانه لم يعد طفلا.

- صراع بين الحاجة الى الاستقلال والحاجة الى الاعتماد على الآخرين (من أبوين واسرة وغيرهما).
- صراع بين الحاجة الى الاشباع الجنسي وبين التقاليد الدينية والاجتماعية.
- صراع القيم وهو صراع بين ما تعلمه المراهق في الطفولة وآمن به من مبادىء وقيم وبين ما يمارسه الكبار من حوله في الحياة اليومية مما يناقض هذه المبادىء والقيم.
- صراع المستقبل: وهو صراع تسببه الحاجة الى تحديد المستقبل والتخطيط له واختيار العمل او الوظيفة او المهنة. والاعداد لتحقيق ذلك.
- صراعات مختلفة تنتاب المراهق نتيجة التغيرات الجسمية والجنسية المفاجئة. فقد يؤدي التبكير في النضج الجسمي او الزيادة غير العادية فيه او عدم التساوي بين الاعضاء الجسمية المختلفة في درجة النمو الى حدوث الاضطرابات النفسية الخطيرة وخاصة لدى الاناث في هذه المرحلة.

وبين كولبرج Kohlberg (Owens, 2006) المراحل المختلفة للحكم الخلقي لدى المراهق وحدد ثلاث مستويات للحكم الخلقي هي:

- **المستوى ما قبل الأخلاقي Premoral level**: (وتمتد من 0 - 9 سنوات) حين يكون السلوك مدفوعا عند الطفل بدوافع بيولوجية واجتماعية حيث تؤدي الى نتائج اخلاقية.
- **المستوى التقليدي (العرفي) للسلوك Conventional level**: (وتمتد من: 9 - 16 سنة) وفيه يقبل الفرد معايير جماعته مع قليل من التفكير التأملي الناقد.. أي كل ما يتعلمه الفرد من قيم ومعايير للسلوك يقبل دون مناقشة.
- **المستوى المستقل للسلوك Autonomous level**: (أكثر من 16 سنة) حيث يكون السلوك موجها بتفكير الفرد الذاتي كما يحكم بنفسه ولا يقبل معايير الجماعة دون تأمل واضح.

(4 – 1) التأثيرات السيكولوجية لحدث البلوغ:

يشير عدد من الباحثين (Berk, 2007) في هذا الصدد الى عدد من الملاحظات حول التوافق في سن البلوغ الجنسي عند الذكور والاناث من ابرزها: تأثير افرازات الغدد من الهرمونات على جسم المراهق.

فالاناثاللواتي يبلغن مبكرا يملن الى الخجل مع الميل للاستعراض، والانعزال عن جماعة رفاق السن، وسوء التوافق الاجتماعي، والحاجة الى اشراف خاص من الكبار بخصوص نشاطهن الجنسي، والتقدم من الناحية الاجتماعية عن الاناث الأخريات عندما ينضجن جميعا، ومستوى

من التوافق اعلى من مستوى المتأخرات خاصة ما يتعلق منها بكل من التوافق الشخصي والاسري، وصعوبة الحياة في مستوى النضج الذي يتوقعه منهن الكبار، وتكوين مفهوم أفضل للذات.

أما الاناث اللواتي يبلغن متأخرا يملن الى الانعزال عن النشاط الاجتماعي. والشعور بالوحدة وحسد قريناتهن، والخجل والقلق بسبب تأخر البلوغ، وسيطرة الوالدين عليهن مما يؤخر انتقالهن من الاعتمادية الى الاستقلال يصاحبه ضعف العلاقة مع الوالدين، ونمو مفهوم الذات بدرجة اقل كفاية، والحاجة الى خبرات النجاح في أي ناحية يستطعن تحقيق نجاح فيها، والى الاعتراف والتقدير

أما الذكور الذين يبلغون مبكرا فيميلون الى السعادة لاتجاه الانظار اليهم وتوليهم أدوارا قيادية، والتعرض للرفض اذا حاولوا الانضمام الى جماعات أكبر منهم سنا، وصعوبة الحياة في مستوى النضج الذي يتوقعه منهم الكبار، والشعور بالثقة بالنفس والكفاية والميل الى الاستقلال. وتكون مفهوم ذات ايجابي للتوافق الاجتماعي والانفعالي.

أما الذكور الذين يبلغون متأخرا يميلون الى التأخر اجتماعيا ورياضيا عن رفاق سنهم. والخجل والقلق والوعي بالذات. واللجوء الى طرق سلوكية طفلية والسعي لجذب انتباه الآخرين. والحاجة الى خبرات النجاح في أي ناحية يستطيعون تحقيق نجاح فيها. والشعور بالنقص والاعتماد على الآخرين وتكون مفهوم ذات سلبي وسوء توافق اجتماعي وانفعالي (زهران، 2005).

يبدأ البلوغ الجنسي عند الاناث بين سن 9 – 18 سنة حيث يبدأ الحيض عندما يبدأ انتاج البويضة الناضجة وانتقالها من المبيض عبر قناة البويضات (قناة فالوب) الى الرحم. وعندما لا يتم تلقيحها بالحيوان المنوي تنفجر البويضة وينفصل الغشاء الرحمي المعد لاستقبالها ونموها تبعا لذلك وتنزل في صورة دم احمر قان. يصاحبه بعض الاضطرابات المتعلقة بسوء الهضم وشعور عام بالاعياء والفتور. تتلاشى بالتدريج مع تعود الفتاة على العادة الشهرية تلك. ولا يصاحب الحيض في العادة ألم الا في حالات الضعف الجسمي الواضح عند بعض الفتيات.

وتشير الدراسات المتعلقة بهذا المجال الى ان الاناث الاطول والاثقل والانضج في النمو الهيكلي يبلغن مبكرا عن زميلاتهن الاقصر والابطأ في النمو الهيكلي. بسبب عدد من العوامل المناخية والبيئة الجغرافية.. وكذلك التغذية والظروف البيئية العامة. والجنس البشري الذي تنتمي اليه الفتاة. بالرغم من ان عددا من الدراسات تشير الى بطلان هذا الافتراض. وان هناك فروقا فردية بين الاناث في الاسرة الواحدة.

أما اهم الخصائص الجنسية الثانوية التي تظهر مع السيادة التدريجية للافرازات والهرمونات المنشطة للأنوثة وخاصة الاستروجين Estrogens الذي ينتج المبيض بالاضافة الى

هرموناته الرئيسية: الاسترين Estrinوالبروجستين Progestin وكميات ضئيلة من التستوستيرون Testosterone (هرمون الذكر الجنسي) نمو الاعضاء التناسلية (قناتي البويضات والرحم والمهبل) واتساع الحوض والردفين واستدارة الفخذين ونمو الصدر والثديين والغدد اللبنية. وظهور شعر العانة، وتحت الابط، وبعض الشعر الخفيف على الذراعين والشفة العليا وخفض وعمق الصوت. (Bernard, 2004) الا ان قدرة الفتاة على انجاب الاطفال تأتي متأخرة قليلا بعد اول حيض.

ويبدأ البلوغ الجنسي عند الذكور بين سن: 11 – 18 عندما تنشط الخصيتان وتفرزان الحيوانات المنوية والهرمونات الجنسية. حيث تمتزج الحيوانات المنوية بالسائل المنوي الذي تفرزه البروستاتا. ويتراوح حجمه في المتوسط بين 2 – 4 سنتمتر مكعب وهو سائل لزج يحتوي على الحيوانات المنوية (من: 3000000000 – 600000000 حيوان منوي في كل قذف).

ويلاحظ عند البلوغ نمو الاعضاء الجنسية بسرعة. يصاحبه السيادة التدريجية للافرازات والهرمونات المنشطة للذكورة (هرمونات الاندروجين Androgens) ويؤدي ذلك الى ظهور الخصائص الثانوية المتمثلة في نمو شعر العانة، ونمو الشارب والذقن، وتحت الابط. وعلى الجسم بصفة عامة. وتغير الصوت ونمو الحنجرة. كما يلاحظ التفاوت في نمو الخصائص الثانوية بين الذكور.

عزيزي الدارس:

للجنس أهميته الكبرى في حياة الفرد لكونه يرتبط بشكل واضح وجلي بكل جوانب النمو المختلفة. وبالتدريج يتحول الميل الجنسي الى الجنس الاخر. فيتعلق الفتى باحدى الجارات او صديقات الاسرة أو احدى فتيات مجتمعه او حتى احدى مدرساته. وكذلك تفعل الفتاة. وفي بداية مرحلة المراهقة يشعر المراهق بالدافع الجنسي. ويعبر عنه بداية الامر على شكل اخلاص وولاء واعجاب واعزاز وحب لشخص أكبر منه سنا مثل المعلم او غيره. ثم يأخذ الشعور الجنسي مجراه الطبيعي فيحب الفتى فتاة أو اكثر في مثل سنه. وتفعل الفتاة كذلك. وتتميز هذه العلاقة بسيادة الروح الرومانسية الخالية من اية اثارة جنسية جامحة حيث يوصف الحبيب بالأخ أو الاخت او الملاك أو الروح... الخ. ويشاهد الفضول الجنسي وشدة الشغف بالتعرف على حقيقة الحياة الجنسية وكثرة الاسئلة الى الكبار ومن سبقوا الى مرحلة المراهقة من الرفاق.

ومن أجل ان يخفف المراهق من توتره الجنسي، فانه يلجأ الى ممارسة النشاط الجنسي الذاتي والتي تسمى بالعادة السرية Masturbation وتشير البحوث المتعلقة في هذا الجانب الى ان الافراط في مثل هذا النشاط وادمانه وما يصاحبه من مشاعر الاثم والخطيئة والصراع النفسي. الخوف والقلق النفسي. والشعور بالاثم وفقدان اعتبار الذات (Petersen, et al. , 1995).

(4 – 2) العوامل المؤثرة في تطور نمو المراهق:

يتحدث زهران (2005) عن مرحلة المراهقة باعتبارها احدى حلقات النمو النفسي تتأثر بالحلقات السابقة وتؤثر بدورها في الحلقات التالية لها. ويقسم مرحلة المراهقة الى ثلاث مراحل فرعية هي:

- مرحلة المراهقة المبكرة: وتستمر ما بين 12 – 13 – 14 سنة
- مرحلة المراهقة المتوسطة: وتستمر ما بين: 15 – 16 – 17 سنة
- مرحلة المراهقة المتأخرة: وتستمر ما بين: 18 – 19 – 20 – 21 سنة

وفي مرحلة المراهقة تتغير وظائف جميع أجهزة الجسم بدرجات متفاوتة. لكن التغير البارز في هذه المرحلة هو حدوث البلوغ الجنسي. الذي يعتبر بمثابة الميلاد الجنسي او اليقظة الجنسية للشخص. يسبقه فترة نمو جسمي سريع خاصة في الطول. كما يلاحظ نمو حجم القلب بنسبة أكبر من نمو الاوردة والشرايين، ويزداد ضغط الدم، وتنمو المعدة وتتسع لسد حاجة الجسم النامي، وتنمو اعضاء الجهاز الهضمي بنفس النسبة تقريبا. ويتذبذب التمثيل الغذائي بما يؤدي الى زيادة الشهية للأكل عند المراهق.

1) البلوغ الجنسي Puberty:

يعتبر البلوغ الجنسي نقطة تحول وعلامة انتقال من الطفولة الى المراهقة. ويتحدد هذا البلوغ عند الذكور بحدوث أول قذف منوي وظهور الخصائص الجنسية الثانوية. اما عند الاناث فيتحدد بحدوث اول حيض وظهور الخصائص الثانوية. وتنضج الغدد الجنسية في الفترة العمرية ما بين سن: (13 – 14 سنة)

يبدأ البلوغ الجنسي بنمو الغدد والاعضاء التناسلية. كما يلاحظ أهمية الغدة النخامية Pituitry gland الموجودة في أسفل المخ والتي تستثير هرموناتها المشاعر الجنسية والدورة الجنسية. فتستثير الخصيتين عند الذكور والمبيضين عند الاناث في العمل والنشاط. وتؤثر كذلك الغدة الكظرية أو فوق الكلوية Suprarcnal gland خاصة القشرة بهرموناتها في النمو الجنسي. ويسبب زيادة افرازاتها زيادة واسراع النمو الجنسي. ويلاحظ ايضا ضمور الغدة التيموسية Thymus gland التي تقع في التجويف الصدري. ويسبب نقص افرازها البكور الجنسي (اي النمو الجنسي السريع). بالاضافة الى عوامل أخرى مثل سرعة النمو الفيزيولوجي الحيوي، والنمو السريع الزائد للغدد خاصة الغدة النخامية (Schickedanz, et al. , 2004). أما القصور في افراز الغدد فانه يسبب تأخرا في النمو الجنسي لدى الفرد.

2) النمو الجسمي:

يتميز النمو الجسمي في هذه المرحلة بالسرعة الكبيرة في النمو. فيلاحظ طفرة النمو Growth spurt بعد فترة نمو هادئة في مرحلة الطفولة المتأخرة. وتزداد سرعة النمو عند الجنسين لمدة 3 – 4 سنوات (عند الذكور بين سن 12 – 16 سنة وعند الاناث بين سن: 10 – 14 سنة). وتصل اقصى سرعة في النمو عند الاناث في سن 12 سنة. بينما تصل اقصى للنمو عند الذكور في سن 14 سنة. ويزداد طول الفرد زيادة سريعة. ويتسع الكتفان ومحيط الارداف ويزداد طول الجذع وطول الساقين. كما يزداد نمو العضلات والقوة العضلية والعظام.

وتبدأ زيادة الطول في الساقين أولا، ثم بعد ذلك في الجذع، الا ان اكتمال الزيادة يحدث أولا في اليدين والرأس والأقدام، أما آخر جزء تكتمل فيه هذه الزيادة فهو في الاكتاف.

ويتأثر النمو الجسمي للشخص بعوامل عديدة من ابرزها المحددات الوراثية والجنس والتغذية وافرازات الغدد. ويبرز تأثير الغدة النخامية وافرازاتها لهرمون النمو Growth hormones. والتي تشتثير بدورها عددا من هرمونات الغدد الأخرى مثل الغدد الدرقية والادرينالية والتناسلية التي تفرز هرمون الذكورة (الاندروجين Androgens) وهرمون الانوثة (الاستروجين Estrogens) بحيث تتفاعل هذه الهرمونات بعضها مع بعض محدثة عددا من التغيرات الجسمية والفيزيولوجية (Biehler & Hudson, 2006).

الا ان هناك فروقا واضحة تظهر على الافراد من الجنسين في النمو الجسمي. ويلاحظ زيادة واضحة في الطول حيث تطول قامة المراهق خلال فترة البلوغ. ويزداد وزن المراهق نتيجة النمو في انسجة العظام والعضلات وكثرة الدهون خاصة عند الاناث.

ويزداد وزن المراهق بسرعة نتيجة النمو في انسجة العظام والعظلات وكثرة الدهون خاصة عند الاناث. حيث يتراوح وزن المراهق ما بين 37 – 59 كغم لدى الذكور في المرحلة العمرية التي تتراوح ما بين 12 – 17 سنة للذكور وما بين 39 – 54 كغم لنفس الفئة من الاناث لدى عينات مصرية. (Owens, 2006)

كما يلاحظ تقدم مؤقت عند الاناث وتأخر مؤقت عند الذكور. ويكون الذكور اقوى جسميا من الاناث حيث تنمو عضلاتهم بشكل اسرع من الاناث. بينما تنمو عظام الحوض عند الفتاة بشكل اوضح منه عند الفتى تمهيدا لوظيفة الحمل والولادة. ويشاهد اتساع الكتفين اكثر عند الفتى منه عند الفتاة. كما تسبق الفتاة الفتى في النمو العظمي. ويظهر اهتمام الفتاة اكثر من الفتى بالمظهر الشخصي من حيث الطول والوزن والمظهر العام وتسعى دائما كي تبدو اكثر جمالا وجاذبية. ولذلك نراها تقضي وقتا طويلا امام المرآة. كما ان الاجزاء الداخلية والخارجية لا تنمو بنفس الدرجة. ويتأخر نضج القلب في هذه المرحلة عن نضج الأعضاء الاخرى.

كما ان نضج الوظائف الجسمية لا يسير بنفس السرعة التي يسير بها نمو الاعضاء ذاتها. واكتمال النضج في الطول والوزن لا يعني بالضرورة النضج الجسمي عامة من حيث الوظائف والقوة.

ويسبب النمو الجسمي السريع في هذه الفترة تناقضات نفسية واجتماعية للمراهق. فبينما يبدو الشخص في صورة رجل مكتمل البنية. الا انه لا يزال في كثير من رغباته كبير الشبه بالاطفال. وبينما يعامله البعض على انه رجل ناضج ويعطونه ما يستحقه الكبار من احترام ووزن. نجد ان البعض الآخر يعاملونه معاملة الاطفال وضعونه في عدادهم. وتسبب الزيادة المفاجئة والتغيرات الجسمية السريعة والمعاملة المتناقضة التي يلقاها ممن حوله حساسية شديدة نحو جسمه أو ذاته Self conscious ويؤدي ذلك الى عدم التوازن الجسمي والنفسي أو الانفعالي والانتقال السريع من حالة انفعالية الى حالة انفعالية اخرى. او من نشاط الى حالة تبلد او كسل. كما قد يؤدي التبكير في النمو الجسمي الى مشكلات اجتماعية ونفسية تختلف ايجابا أو سلبا باختلاف الجنسين. وان المنزلة الاجتماعية للطفل الذي ينمو جسمه قبل زملائه تتأثر بهذا النمو. مما يحتاج الى مزيد من الوقت والجهد كي يتكيف من جديد لمجموعته من الرفاق.

وتظهر على المراهق في هذه المرحلة عددا من الخصائص الجسمية التي تتميز بكل منزيادة الوزن، وفي الأكل زيادة ملحوظة في بداية المرحلة. وظهور التغيرات الجسمية التي تصحب النضج الجنسي، وحالات عدم التوازن في نشاط الغدد، مع اكتمال النمو العظمي ونمو الطول، ونمو سريع للقلب في بداية المرحلة وبطيء في نهايتها، وارتباط النمو الجسمي في هذه المرحلة بالنمو في النواحي العقلية والاجتماعية والانفعالية ارتباطا وثيقا. بحيث لا يستطيع المرء ان يفصل ناحية من هذه النواحي عن الناحية الأخرى الا من الناحية النظرية فقط. (اسماعيل، 2001)

3) **النمو الحركي:**

وفي هذه المرحلة تنمو القدرة والقوة الحركية لدى الشخص بصفة عامة حيث يرتبط النمو الحركي في هذه المرحلة بالنمو الجسمي والنمو الاجتماعي. ولذلك، فانه يلاحظ الميل نحو الخمول والكسل والتراخي. وتكون حركات المراهق غير دقيقة. ويكثر تعثر المراهق واصطدامه بالاناث وسقوط الاشياء من يديه وشعوره بالحرج والارتباك. وتؤدي التغيرات الجسمية الواضحة والخصائص الجنسية الثانوية الى شعور المراهق بذاته وتغير صورة الجسم لديه. وتوقع الكبار تحمله مسؤوليات اجتماعية عديدة.

4) النمو العقلي:

تتميز هذه المرحلة بأنها فترة تميز ونضج في القدرات وفي النمو العقلي. ويطرد نمو الذكاء. ويكون اكثر وضوحا من تمايز القدرات الخاصة. وتصبح قدراته العقلية أكثر دقة في التعبير مثل القدرة اللفظية والقدرة العددية في معالجة الارقام والقيام بحل المسائل البسيطة بسرعة ودقة. كما تزداد سرعة التحصيل وامكاناته. وتنمو القدرة على التعلم وعلى اكتساب المهارات والمعلومات. وتنمو القدرة على الربط بين المتغيرات (أي القدرة على أن يأخذ الفرد في اعتباره عوامل متعددة في نفس الوقت). وينمو الادراك من المستوى الحسي المباشر الى المستوى المعنوي الذي يمتد عقليا نحو المستوى القريب والبعيد، وتحديد التفاصيل بدقة. وينمو الانتباه في مدته ومداه ومستواه. ويستطيع المراهق في هذه المرحلة استيعاب مشكلات طويلة ومعقدة بسهولة ويسر. وينمو التذكر معتمدا على الفهم واستنتاج العلاقات والمتعلقات. وتنمو معه القدرة على الاستدعاء والتعرف. وتزداد قدرته على التخيل المجرد المبني على الالفاظ. ويتجه من المحسوس الى المجرد. ويزداد ميله الى الرسم والموسيقى ونظم الشعر والكتابة الادبية. وينمو التفكير المجرد وتزداد قدرته على الاستدلال والاستنتاج والحكم على الاشياء وحل المشكلات والتنبؤ بما يمكن ان يحدث. وتصور الأمور على أساس من الخبرة السابقة. ووضع المخططات على أساس الحقائق. وتظهر هذه القدرة ببساطة عندما تستطيع أن تصل الى النتائج من المقدمات بطريقة صحيحة (أي بطريقة منطقية). وتنمو قدرته على التحليل والتركيب. والقدرة على تكوين التصميمات الدقيقة. وتزداد قدرته على فهم الافكار دون ان تكون مرتبطة مباشرة بالمراهق شخصيا. وتزداد قدرته على التعميم وفهم التعميمات والافكار العامة. وتنمو المفاهيم المعنوية عنده مثل الخير والفضيلة والعدالة. وتزداد قدرته على التجريد وفهم الرموز (Berk, 2007).

الا ان هناك عوامل مؤثرة على النمو العقلي لدى المراهق. حيث تلعب الوراثة دورا بارزا في وجود فروق فردية في الذكاء والقدرات العقلية. كما تؤثر التسهيلات البيئية والخبرة والتدريب في تنمية واستثمار تلك القدرات الى اقصى مدى. وييسر التوافق الانفعالي الوصول الى الثقة ومفهوم الذات الايجابي من اجل تحقيق نضج عقلي للمراهق. كما تؤثر العوامل الانفعالية مثل الخمول والتمرد في لاداء العقلي للفرد. ويؤثر مستوى وسرعة معدل النمو الجسمي في تحصيله الدراسي. وشخصيته بصفة عامة. ولا ننسى تأثير وسائل الاعلام السمعية والبصرية على نموه العقلي وتزويده بالافكار والخبرات. (Owens, 2006).

وتعتبر المدرسة من اهم المؤسسات الاجتماعية التي تلعب دورا بارزا في حياة المراهقين وفي تشكيل مستقبلهم. وتستطيع المدرسة في هذا المجال توفير فرص النمو السليم والمتكامل للمراهق عن طريق المواد العلمية واسلوب المعاملة. وعن طريق العلاقات الانسانية السائدة، وكذلك عن

طريق الأنشطة المختلفة التي تساعد المراهقين على تحقيق مطالب النمو، وتجنيبهم الكثير من الصراعات التي تحفل بها هذه المرحلة.

5) النمو الانفعالي:

على الرغم من تشابه الأنماط الانفعالية للمراهق مع ما كان سائدا في مرحلة الطفولة. الا انها تختلف في المثيرات التي تحرك هذه الانفعالات.. كما انها اكثر اهمية في تدريب المراهقين لضبط التعبير عن هذه الانفعالات. وهناك مظاهر متعددة للنمو الانفعالي للمراهق كما تتباين الفروق في تلك المظاهر بين الجنسين. وتتصف الانفعالات في مرحلة المراهقة بأنها انفعالات عنيفة متهورة لا تتناسب مع مثيراتها. وفي كثير من الحالات لا يستطيع المراهق التحكم فيها ولا في المظاهر الخارجية لها. وبالتالي، فليس هناك ثبات انفعالي في هذه المرحلة ويظهر التذبذب الانفعالي لدى المراهق. وتقلب سلوكه بين سلوك الاطفال تارة وسلوك الكبار تارة أخرى. كما تلاحظ لدى المراهق التناقض الانفعالي وثنائية المشاعر نحو نفس الشخص أو الشيء او الموقف فيتذبذب انفعاله بين الحب والكره وبين الشجاعة والخوف، وبين التدين والالحاد، وبين الانعزالية والاجتماعية وبين الحماس واللامبالاة... الى غير ذلك من مظاهر السلوك.

لقد حدد هافجهيرست مطالب النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة بتقبل الذات، وخاصة تقبل التغيرات الجسمية والجنسية الجديدة، وتحقيق الاستقلال الانفعالي، وتكوين اتجاهات ايجابية نحو الجنس الآخر ونحو الاقران من نفس الجنس ونحو الوالدين والاسرة والمجتمع. وتحقيق الامان النفسي والاطمئنان على المستقبل وتحقيق الولاء للقيم الاجتماعية والخلقية والدينية التي تسود المجتمع الذي يعيش فيه. وتشكل هذه المطالب عبئا ثقيلا على كاهله تجعله يعيش صراعات نفسية مختلفة تتمثل في كل من (الفقي، 1995):

- صراع بين الحاجة الى تهذيب الذات والحاجة الى التحرر والاستقلال. وهو بذلك يحتاج الى من يوجهه الى معرفة السلوك المقبول في المناسبات والمواقف المختلفة. لكنه في الوقت نفسه يحتاج الى الشعور بالاستقلالية. وانه لم يعد طفلا.
- صراع بين الحاجة الى الاستقلال والحاجة الى الاعتماد على الآخرين (من أبوين واسرة وغيرهما)
- صراع بين الحاجة الى الاشباع الجنسي وبين التقاليد الدينية والاجتماعية
- صراع القيم وهو صراع بين ما تعلمه المراهق في الطفولة وآمن به من مبادىء وقيم وبين ما يمارسه الكبار من حوله في الحياة اليومية مما يناقض هذه المبادىء والقيم

- صراع المستقبل: وهو صراع تسببه الحاجة الى تحديد المستقبل والتخطيط له واختيار العمل او الوظيفة او المهنة. والاعداد لتحقيق ذلك.
- صراعات مختلفة تنتاب المراهق نتيجة التغيرات الجسمية والجنسية المفاجئة. فقد يؤدي التبكير في النضج الجسمي او الزيادة غير العادية فيه او عدم التساوي بين الاعضاء الجسمية المختلفة في درجة النمو الى حدوث الاضطرابات النفسية الخطيرة وخاصة لدى الاناث في هذه المرحلة.

ويلاحظ على المراهق في هذه المرحلة سعيه نحو تحقيق الاستقلال الانفعالي او ما يسمى بالفطام النفسي عن والديه وتكوين شخصيته المستقلة. وقد تلاحظ مظاهر الخجل لدى المراهق والميل نحو الانطوائية والتمركز حول الذات، والشعور بالذنب والخطيئة نتيجة للتغيرات الجسمية المفاجئة. والمشاعر الجديدة خاصة ما يتعلق منها بالجنس. كما يلاحظ التردد نتيجة نقص الثقة بالنفس. خاصة في بداية هذه المرحلة. ويزداد خياله خصبا. فيتخطى المراهق حدود الزمان والمكان وحتى حدود قدراته الى اماكن وخبرات لا يستطيع المرور بها في واقع حياته بدون ان يكون هناك لحما ودما. وفي خياله هذا يحل مشكلاته ويحقق رغباته. ويتحدث الباحثون في هذا المجال الى ما يفيد الباحث من خياله هذا في مساعدته نحو تقييم جهوده الحالية بربط ماضيه بحاضره وبمستقبله. وفي تخيله يحل مشكلاته الحاضره في تخيل افضل الظروف وأسوأها بدوره كطبيب أو مهندس أو معلم. ويستغرق المراهق في تخيله أو حلم اليقظة Day dreaming الذي ينتقل به من عالم الواقع الى عالم غير واقعي. وينتابه القلق النفسي أحيانا. وقد يجد فيها مهربا من المواقف التي لا يستريح اليها. ودرعا لحماية نفسه من تهديد التناقضات الكثيرة في العالم من حوله (Owens, 2006).

وبالرغم من ان المراهق يكون بطل الحلم دائما ومؤلفه ومخرجه وممثله. الا ان الحب يعد من أهم مظاهر الحياة الانفعالية له. فالحب المتبادل يزيد الالفة ويزيل الكلفة ويقضي على العدوان ويجعل الاتجاهات النفسية أكثر ايجابية. والحب كما يراه الباحثون يمثل قوة علاجية جبارة لحل العديد من المشكلات التي يواجهها المراهق.

ويتأثر النمو الانفعالي بالعديد من التغيرات الجسمية الداخلية والخارجية والعمليات العقلية والمعرفية والقدرات العقلية والتآلف الجنسي ونمط التفاعل الاجتماعي ومعايير الجماعة والمعايير الاجتماعية العامة والشعور الديني للمراهق (Berk, 2007).

6) النمو الاجتماعي:

ونتيجة للتغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية التي تطرأ على الشخص. فانه يلاحظ اتساع نطاق الاتصال الاجتماعي وتزداد مشاركته للاخرين في الخبرات والمشاعر والاتجاهات والافكار. وتستمر كذلك عملية التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعي ويستمر تعلم واستدخال القيم والمعايير الاجتماعية من الاشخاص الهامين في حياته. مثل الوالدين والمدرسين والقادة والمقربين من الرفاق ومن الثقافة العامة التي يعيش فيها ((Hines, 1997. ويظهر على المراهق اهتمامه بالمظهر الشخصي ويبدو ذلك واضحا في اختيار ملابسه والاهتمام بالالوان الزاهية اللافتة للنظر والتفصيلات الحديثة. والاهتمام بالحلي وبالموضة ومتابعتها بالنسبة للاناث.

ويلاحظ على المراهق نزعته نحو الاستقلال الاجتماعي والانتقال من الاعتماد على الغير الى الاعتماد على النفس. وكذلك ميله الى الزعامة والتوحد مع شخصيات خارج نطاق البيئة المباشرة مثل شخصيات الابطال. وينمو الوعي الاجتماعي والمسؤولية الاجتماعية. ويزداد وعيه بالمكانة الاجتماعية والطبقة الاجتماعية التي ينتمي اليه المراهق. فيستمر في التآلف والتكتل في جماعات الاصدقاء والخضوع لهاز وتتسع دائرة التفاعل الاجتماعي والميل الى الجنس الاخر.

ويلاحظ النفور والتمرد والسخرية والتعصب والمنافسة. وضعف القدرة على فهم وجهة نظر الكبار وضيق صدره للنصيحة. وتعتبر المنافسة احدى مظاهر العلاقات الاجتماعية في هذه المرحلة. فيقارن المراهق نفسه دائما برفاقه ويحاول ان يلحق بهم ليكون مثلهم او يتفوق عليهم. لكنه مع ذلك يعكف على مقارنة قدراته بقدرات الآخرين. ويحكم على سلوكه حسب المعايير السلوكية التي تحددها الجماعة (Baer, 2009). وتتميز هذه المرحلة بمرحلة مسايرة Conformity ومجاراة وموافقة وامتثال وقبول واتساق ومحاولة انسجام مع محيطه الاجتماعي. وقبول العادات والمعايير الاجتماعية الشائعة بهدف تحقيق التوافق الاجتماعي. خاصة مع التأثير المتزايد لجماعة الرفاق، والتوافق مع القيم والمعايير الجديدة في القبول والرفض الاجتماعي. (Greenberger, et al. 1998)

ولا شك بأن عددا من العوامل تؤثر في سلوكه الاجتماعي مثل استعدادات الوالدين واتجاهاتهما وتوقعاتهما. والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للاسرة. وجماعة الرفاق ومفهومه عن ذاته ونضجه الجسمي والفيزيولوجي وكذلك المجتمع والثقافة العامة. كما تؤثر الخبرات الاجتماعية الاولى في حياته. وقد لوحظ انه كلما كانت البيئة الاجتماعية ملائمة كلما ساعد ذلك على تكوين علاقات اجتماعية سوية له.

وفي دراسة لكل من بيترايس وريموندج Reymondg & Beatrice (الفقي، 1995) حول الخصائص التي تتميز بها شخصية المراهق وقدرته على التقبل الاجتماعي استنتجا فيها الى ان الشعور بالتقبل الاجتماعي يعتبر هاما لتحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهق. وان فقد المنزلة الاجتماعية قد يؤدي الى الشعور بالتعاسة وعدم السعادة. وبالمقابل فان اهتمام المراهق بتكوين علاقات اجتماعية مع الجنس الآخر. تزيد من نضج المراهق.

ووصف جيرسايلد Jersild الذات بأنها جوهر وجود المراهق، وانها العالم الذاتي الذي يخبر فيه الخبرة الانسانية بما فيها من افراح واحزان وآمال ومخاوف وعطف وقسوة.

وأشار الباحثون في هذا المجال الى ان العديد من المراهقين لا يمرون بأزمة الهوية التي اشار اليها اريكسون Erikson في دراساته. ولهذا فان المراهقين في هذه المرحلة لا يصلون الى الهوية الناضجة التي يسعون لتحقيقها. بالنظر لارتباط هذه الهوية بقيم واهداف الوالدين الخاصة بهما. دون السؤال عما اذا كانت هذه القيم والاهداف صحيحة ام خاطئة بالنسبة له. وعندما يغير المراهق بيئته كأن يلتحق بكلية بعيدة عن بلدته أو يذهب الى مكان للعمل فان البيئة الجديدة سوف تؤثر في شخصيته ويبدأ بالبحث عن اناس يعاملونه بطريقة تتفق مع انماط شخصيته وافكاره عن ذاته ويتجنب الناس الذين لا يعاملونه بهذه الطريقة. (Wigfield, et al. , 1995)

7) النمو الديني:

ومع طفرة النمو الملاحظ عند المراهق فانه يحدث تغير وتطور ونمو الشعور الديني. حيث يعيد المراهق تقييم قيمه الدينية. فنلاحظ ازدواج الشعور الديني لديه. وقد يوجد لديه شعور ديني مركب مزدوج يحوي عناصر متناقضة. كأن يوجد لديه حب الله الى جانب الخوف منه. وقد يوجد الايمان بالموت الى جانب كرهه له كنهاية لا مفر منها. وقد نلاحظ تعدد الاتجاهات الدينية لدى المراهقين (Markstrom, 1999).

وفي دراسة قام بها كل من: المليجي والمليجي (1993) أن حوالي 5. ٪ من الذكور يكون ايمانهم تقليديا. و25٪ منهم يكونون متحمسين، و24٪ منهم يساورهم الشك، و1٪ منهم يكونون ملحدين. كما وجدا ان حوالي 61٪ من الفتيات يكون ايمانهن تفكيريا، و26٪ منهن متحمسات. و13٪ منهن يراودهن الشك.

8) النمو الاخلاقي:

في هذه المرحلة من المراهقة يتبع المراهق معتقداته الأخلاقية التي اكتسبها خلال سنوات عمره السابقة. وما مر به من خبرات وما تعلمه من معايير السلوك الاخلاقي. كما نلاحظه يبدي رأيه في مدى صواب السلوك او خطئه. بالرغم من اننا قد نجد تباعدا بين سلوكه الفعلي وبين ما يعرفه من معايير السلوك الاخلاقي المثالي. ويعزو الباحثون الى هذا التناقض الى محاولة المراهق تحقيق استقلاله والبعد عن سلطة الكبار وضيقه منها، ونقص مستوى نضجه الاجتماعي أو العقلي. ويلاحظ بالاضافة الى ذلك تأثر المراهق بسلوك قرناء السوء لديهم لاكتسابهم السلوكيات الخاطئة منهم ومحاولة تقليد هذا السلوك الخاطيء.

وقد تحدث جون ديوي عن النمو الاخلاقي لدى المراهق مشيرا الى ان الحكم الاخلاقي يهتم بالأمور او الاحداث التي تكون تحت الانجاز. وانه في جميع حالات الاحكام الخلقية للمراهق فانه يوجد حدث وهو تعبير عن الميل والعادة والرغبة بل وكل الشخصية.

ويبين كولبرج Kohlberg (Owens, 2006) المراحل المختلفة للحكم الخلقي لدى المراهق وحدد ثلاث مستويات للحكم الخلقي هي:

1. **المستوى ما قبل الأخلاقي Premoral level**: (وتمتد من 0 - 9 سنوات) حين يكون السلوك مدفوعا عند الطفل بدوافع بيولوجية واجتماعية حيث تؤدي الى نتائج اخلاقية
2. **المستوى التقليدي (العرفي) للسلوك Conventional level**: (وتمتد من: 9 – 16 سنة) وفيه يقبل الفرد معايير جماعته مع قليل من التفكير التأملي الناقد.. أي كل ما يتعلمه الفرد من قيم ومعايير للسلوك يقبل دون مناقشة.
3. **المستوى المستقل للسلوك Autonomous level**: (اكثر من 16 سنة) حيث يكون السلوك موجها بتفكير الفرد الذاتي كما يحكم بنفسه ولا يقبل معايير الجماعة دون تأمل واضح.

وأشار كولبرج Kohlberg (Papalia & Olds, 2005) ايضا الى وجود اربعة توجهات أخلاقية أساسية بجانب مراحله الاخلاقية المعروفة وهي:

1. **التوجه المعياري Normative orientation**: الذي يؤكد على الواجب والحقوق المحددة بالالتزام بالقوانين والادوار
2. **توجه العدل Fairness orientation**: الذي يؤكد على الحرية والعدل والمساواة والتبادلية والاتفاق

3. **التوجه النفعي Utilitarianism oreintation**: الذي يؤكد على السعادة والرفاهية للأحداث الأخلاقية سواء للفرد او للأخرين.
4. **التوجه الكمالي :Perfectionism orientation**: الذي يؤكد على الوصول الى العزة والذاتية والدوافع الطيبة والضمير والتناسق بين الذات والآخرين)

وترتبط نظرية جان بياجيه في الحكم الخلقي بنظريته في النمو العقلي ذلك ان النمو الخلقي للطفل من وجهة نظره تتأثر الى حد بعيد بالمراحل العقلية التي يمر بها الطفل.. ومن خلال ملاحظاته ومقابلاته الفعلية، حدد بياجيه عددا من مراحل الحكم الخلقي تمثلت في الآتي:

1. **مرحلة ما قبل الاخلاقي Premolar stage**: وهي تقابل السنتين الأوليتين من حياة الطفل، وفي هذه المرحلة لا يوجد اي التزام بالقوانين او التعليمات.
2. **الاخلاق الاتباعية Heteronymous morality**: وهذه المرحلة توجد ما بين سن: 2 – 7 سنوات، ويسميها البعض مرحلة الاخلاق الغيرية والتي فيها يتبع الطفل الآخرين حيث الطاعة العمياء للقوانين، واللوائح هي الصواب عنده ومعادلة الالتزام بالخضوع للقوة والعقاب. وتتميز هذه المرحلة بخضوع الطفل للقوانين الصادرة من الاخرين.. واطاعة التعليمات الوالدية والاسرية، ويبرر بياجيه هذا التوجه من قبل الطفل الى اجبار الوالدين والكبار للطفل ويعني بذلك عقاب الوالدين للطفل.. وعدم قدرتهاالتحقق من الدوافع او الهدف من وراء السلوك.. وهو ما يطلق عليه بياجيه الاخلاق الواقعية Moral realism. وقياس الحدث او السلوك بنتائجه بغض النظر عن دواعه ومقاصده..
3. **مرحلة الاخلاق المستقلة**: وتظهر معها مرحلة اخلاقية جديدة تمثل نتاجا للتحول العقلي وقيود الكبار والتعاون مع الاقران والاطفال الاخرين. وتبدأ هذه المرحلة في سن السابعة تقريبا، والتي يسميها بياجيه بالعمليات العيانية Concrete operational ويبدأ الطفل في هذه المرحلة التحقق والحكم على اساس قوانينه الشخصية، ويصبح واعيا للدوافع والقصد من وراء السلوك.. ويسمي بياجيه هذه الخطوة بالمسؤولية الذاتية Subjective responsibility والتي يقصد بها قدرة الطفل في الحكم على الحدث وفقا لقوانين ذاتية في مقابل المسؤولية الموضوعية والتي تعتبر النتائج المادية هي المحك فيها. ويسميها بياجيه ايضا بالاخلاق التبادلية Morality of reciprocity مقابل اخلاق الطاعة Morality of obedience في المرحلة السابقة مشيرا الى قدرة الطفل في فهم الناس وسلوكهم على المستوى العقلي او الاجتماعي، على اساس الدوافع والغايات..
4. **المراهقة المتوسطة**: تبدأ مرحلة المراهقة المتوسطة Middle adolescence من 15 – 16 – 17 سنة وتقابلها مرحلة الدراسة الثانوية وتتميز باطراد الشعور بالنضج والاستقلالية. كما تتضح فيها كل المظاهر المميزة للمراهقة بصفة عامة.

خامساً: تكيف المراهق:

يعبر عن النمو النفسي للفرد بالمراحل التي يمر بها في سني حياته المختلفة. وتنمو فيها انفعالاته ورغباته واستعداداته وتستكمل شخصيته. ويتم هذا في اطار صحته النفسية بوجه عام. وتبدو مظاهر النمو النفسي للفرد في ثلاثة جوانب رئيسية هي:

(5 – 1) معنى التكيف:

يعرف التكيف: باعتباره مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد بناءه النفسي او سلوكه ليستجيب لشروط بيئية محدودة او خبرة جديدة. وهو عملية ديناميكية مستمرة يستهدف بها الفرد تعديل سلوكه ليحدث علاقة اكثر توافقا مع بيئته. وقد أشار اليه مرسي (1996) بأنه القدرة على ايجاد العلاقات المشبعة بين الفرد وبيئته، سواء كانت هذه البيئة طبيعية أو ثقافية او اجتماعية.

وأورد رضوان (2011) عددا من المفاهيم الخاصة بالتكيف. وأشار الى التكيف بأنه القدرة على التعديل والتغيير والسعي نحوهما وهما يشتملان التعديل الداخلي أو الخارجي للفرد بحيث يشترط السلوك الفاعل المؤثر للفرد باعتباره المعني بالدرجة الأولى بعملية التكيف. والتعامل مع المشكلات سواء كانت نابعة من الداخل ام من الخارج. وعندما يتم التعامل مع المشكلات بنجاح فاننا نتحدث عن التكيف الناجح. اما اذا لم يتم التعامل مع المشكلات بنجاح. اي انها قادت الى مزيد من التعقيد وانعكست بشكل سلبي على الفرد يحول دون تحقيق أهدافه فاننا نتحدث عن سوء التكيف. والمواجهة الفاعلة مع المواقف المختلفة. وبشكل خاص المرهقة منها. وضبط Control المواقف والمتطلبات الداخلية والخارجية. والدفاع ضد المصادر الداخلية للضغط والمشكلات وضد المصادر الخارجية. ويمثل التكيف الناجح في هذه الحالة الاستخدام الفاعل لآليات الدفاع الأولية الناضجة. اما التكيف غير الناجح فيحدث من خلال الاستخدام المكثف لآليات الدفاع غير الناضجة (المرضية). ومواجهة الأزمات والصراعت والتغلب عليها وحل المشكلات الناتجة عنها. وتقبل الجديد والتعامل معه. وامتلاك الشجاعة في ان يعيش الانسان خبرات حياتية جديدة.

الا ان هناك عددا من العوامل التي تؤثر بشكل كبير في احداث التكيف لدى الفرد من ابرزها توافر المهارات اللازمة لدى الفرد لاشباع حاجاته الاساسية. ومعرفة الانسان بنفسه (حدوده وامكانياته) التي يستطيع من خلالها اشباع حاجاته، وان يدرك قدراته ومهاراته واستعداداته. وان يتقبل نفسه بواقعية ومرونة بالنسبة للمؤثرات المتغيرة. وتجنب الصراع.

والمراهقة في نظر علم النفس الحديث مرحلة نمو طبيعي وأن المراهق لا يتعرض لأزمة من ازمات النمو طالما صار هذا النمو في مجراه الطبيعي وفقا لاتجاهات المراهق الانفعالية والاجتماعية:

(5 – 2) مؤشرات التكيف:

ان من ابرز مؤشرات تكيف المراهق هي في مدى تقبله للحقائق المتعلقة بقدراته وامكاناته. مدى استمتاعه بعلاقاته الاجتماعية. وكفاءته في مواجهة مشكلات الحياة اليومية. وتنوع نشاطه وفضوله. ذلك أن هناك فرقا كبيرا بين أن تكون اهتمامات الفرد ضيقة ومحدودة. وبين أن تتسع اهتماماته وميوله لتشمل نواحي الحياة المختلفة.

وتحرك المراهق في كل مرحلة من مراحل حياته دوافع وحاجات أساسية بعض هذه الحاجات فسيولوجية في طبيعتها والبعض الآخر نفسية اجتماعية. واشباع هذه الحاجات والدوافع من الضرورات الأساسية لدى الفرد. من اجل تحقيق التكيف والشخصية السوية والصحة النفسية السليمة.

ولا يتحقق ثبات اتجاهات الفرد ومواقفه الا مع توافق خط فكري واضح وخلفية فلسفية عميقة تصدر عنها أحكام الفرد وتصرفاته المختلفة. ذلك أن تكوين فلسفة واضحة في الحياة ليس أمرا سهلا. وانما هي عملية تدريجية تتأثر بما يكونه الفرد من قيم خلال حياته وخبراته المتنوعة في الأسرة والعمل والدراسة. وفي خلال اتصالاته الاجتماعية. كما تتأثر أيضا بثقافة الفرد. وما يبذله من جهد في حياته. ومن اتصالات يقوم بها.

ولاشك في أن قدرة الفرد على تحمل مسؤولية أفعاله. وما يتخذه من قرارات هو احدى علامات التكامل والصحة النفسية في آن واحد. كما ان التهرب من المسؤولية هو دلالة على عدم تفاعل النضج الانفعالي. وان المسؤولية ترتبط ارتباطا وثيقا بالنضج والرشد. مما يعني افتقار المراهق اليها، وانه لم يصل الى النضج الوجداني والاجتماعي الكافي. وان هناك خطأ ما او قصورا في تنشئته، وفي تطبيعه الاجتماعي.

(5 – 3) العوامل الأساسية في التكيف:

إن شخصية المراهق قد تصطدم في غالب الأحيان بعدد من العوامل التي تساعد في احداث سوء التكيف لديه

فالحاجات الأولية للمراهقكحاجته الى الطعام والشراب والراحة والتخلص من الفضلات بحيث لا يستطيع البقاء دون اشباعها. اما حاجاته الشخصية فتتمثل في حاجته الى

المحبة والنجاح والتقدير والاحترام.. الخ. وكلما قل اشباع المراهق لهذه الحاجات، كلما ازداد توتره، وعدم اتزانه الانفعالي. وغلبت عليه ظاهرة الاضطراب التي تضعف قدرته على التوافق.

ثم ان عددا كبيرا من نواحي الاضطراب وعدم التوافق ناتجة عادة من الشروط الفسيولوجية والبيولوجية لبناء الجسم نفسه. فقد يؤدي ضعف عضو في الجسم: كالسمع او البصر الى ابتعاد الفرد نحو العزلة. كما قد يؤدي افراز الغدد في الجسم الى اضطراب في حساسية الفرد ونشاطه مما قد يخلق عددا من المشكلات المرضية بالنسبة له.

وتمثل صورة الجسد لدى المراهق وتقبله لمظهره الجسمي والشخصي. وقد يكون هذا المظهر مألوفا او غير مألوف. حيث يسبب التوازن اضطرابا في شخصية الفرد نفسه مما تساعد على عدم توافقه وتكيف.

وتعتبر مرحلة الطفولة من اهم المراحل التي يمر بها المراهق في حياته حيث تتشكل قدراته وانماط سلوكه، وشخصيته. وان تلك الخبرات التي يمر بها تمثل القاعدة الاساسية في تكيفه او عدمه.

وبالرغم من ان الغالبية العظمى من المراهقين يميلون في مستوى ذكائهم نحو الوسط. الا ان عددا قليلا منهم يميلون نحو الابداع والتفوق او نحو الضعف العقلي. وان هذا التفاوت في القدرة العقلية يشكل ميدانا واسعا لحالات سوء التوافق للفرد

وكذلك فان التفاوت في المستويات الثقافية والاجتماعية لدى المراهقين تؤثر هي ايضا في مستوى التوافق لديهم.

ولمكانة معرفة الانسان بقدراته وامكاناته من حسن تكيفه، وتقبله لما لديه او رفضه وعدم القبول به. وتقديره لمكانته بين اقرانه دور في تكيفه.

وتمر المجتمعات الانسانية بفترات تاريخية تغلب عليها صفة الفوضى والاضطرابا وانعدام الأمن مما ينعكس هذا على افراد المجتمع بأشكال مختلفة من سوء التوافق. وبازدياد استخدام وسائل الاعلام اليومية في حياة الناس وازدياد التنافس على تقديم المسلسلات والبرامج المثيرة، فانه يخلق اشكالا مختلفة من سوء التوافق. وان عددا كبيرا من حالات الاضطراب النفسي قد تكون ناتجة بشكل مباشر لصدمة او خبرة مفاجئة. وان أيا من العوامل السابقة ما هي التربة التي هيأت هذا الاضطراب، وعمقته في نفس المراهق. وقللت بالتالي من قدرته على التوافق السوي والسليم.

(5 – 4) نمو الهوية للمراهق:

يعتبر تشكيل لدى المراهق حدثا طبيعيا، الا انه يمثل تحولا في النمو الانساني لما يحدثه من آثار على مهاراته النفسية والاجتماعية. واختبار لخصائصه الشخصية وللعديد من القضايا السياسية والدينية والقيم الأخلاقية والاهتمامات المهنية. وما يتضمنه من أدوار جندرية وسلوك جنسي. مما يستدعي تشكيل الهوية من خلال الادوار المختلفة التي يمارسونها (Berk, 2007).

ويتضمن تشكيل الهوية تعريفا لمن يكون الفرد وما هي قيمه. ويمثل الاتجاه الذي يختاره في حياته قوة دافعة للكثير من الالتزامات في الحياة نحو التوجه الجنسي، والمهنة والنماذج الأخلاقية والسياسية والدينية والثقافية. وتورد شريم (2009) أراء انجلر Engler في تطوير الفضيلة أو قوة الأنا الى الاخلاص Fidelity وان المراهقين مستعدون لأن يكونوا مخلصين Faithful لوجهة نظر أيدولوجية. وبدون الاخلاص فان الشاب الصغير قد يملك أنا ضعيفة. تعاني من اضطراب القيم أو انه قد يبحث عن مجموعة منحرفة ليكون مواليا أو مخلصا لها.

وتتشكل الهوية عندما يعمل المراهقون على حل ثلاث قضايا رئيسة هي المهنة وتبني قيم يؤمنون بها ويعيشون وفقا لها. وتطوير هوية جنسية مرضية حيث يكتسب الأطفال في مرحلة الطفولة المتوسطة المهارات اللازمة للنجاح في ثقافاتهم. وعندما ينتقلون الى مرحلة المراهقة فانهم يحتاجون الى ايجاد طرق لاستخدام هذه المهارات. وقد يتعرض المراهقون لممارسة سلوكيات قد تكون نتائجها سلبية وذات خطورة عليهم عندما يواجهون مشكلة في الاستقرار على هوية مهنية. أو عندما تكون الفرص محدودة ظاهريا أمامهم.

ويعتقد أريكسون في هذا المجال ان المراهقين يعانون من أزمة الهوية ويرى بأنها فترة مؤقتة من القلق والاضطراب عندما يقومون باختبار البدائل قبل الاستقرار على القيم والأهداف. أما المراهقون الذين يمرون عبر عملية تحليل الذات. فانهم يصلون الى تحقيق هوية ناضجة بحيث يختبرون الخصائص التي تصف ذواتهم في مرحلة الطفولة. ويدمجونها بالمسؤوليات الجديدة. ومن ثم يشكلون منها مركزا داخليا راسخا ليوفر لهم الاحساس بالتماثل Sameness عندما يمرون بالأدوار الحياتية اليومية المختلفة.

1) مكونات الهوية Component of Identity:

تتضمن الهوية العديد من المكونات الجسدية، والجنسية، والاجتماعية، والمهنية، والأخلاقية، والأيدولوجية، والخصائص السيكولوجية التي تشكل مجمل الذات. و قد حدد سانتروك (Halonen &Santrock, 2009) مكونات الهوية عند المراهق من عدة أجزاء من أبرزها:

1. **الهوية المهنية Vocational/ Career identity**: وهي المهنة ومسار العمل الذي يود المراهق اتباعه.
2. **الهوية السياسية Political identity**: التوجه السياسي للمراهق والحزب الذي ينتمي اليه.
3. **الهوية الدينية Religious identity**: وهي المعتقدات الروحية للمراهق.
4. **الهوية المعرفية والإنجاز Achievement intellectual identity**: وتشير الى مدى دافعية المراهق للانجاز والمعرفة.
5. **الهوية الجنسية Sexual identity**: وهي الجنس الذي ينتمي اليه المراهق وتوجهه الجنسي (غيري الجنسية، مثلي الجنسية أو ثنائي الجنسية).
6. **الهوية الثقافية Cultural identity**: وتشير الى أي جزء من العالم الذي ينتمي اليه المراهق.
7. **الاهتمامات Interests**: وتشير الى نوعية الأشياء التي يحب المراهق ممارستها والتي قد تتضمن: الرياضة، والموسيقى، والهوايات وغيرها.
8. **الشخصية Personality**: وتعني الخصائص الشخصية للمراهق كأن يكون انبساطيا، او انطوائيا، وقلقا أو هادئا، ودودا أو عدوانيا، مرنا أو متزمتا. وهكذا.
9. **الهوية الجسدية Physical identity**: وتشير الى صورة الجسد كما يراها المراهق.

2) العوامل المؤثرة في تشكيل الهوية وتطورها:

هناك عدد من العوامل التي تؤثر في تشكيل الهوية وتطورها. أشارت اليها بيرك (Berk, 2007) على النحو التالي:

- **العمليات المعرفية**: تتضمن العمليات المعرفية طريقة المراهق في التمسك بالمعتقدات والقيم السائدة لديه.
- **ممارسات التربية الوالدية**: توجد علاقة بين الممارسات الوالدية لتربية المراهق وهويته. فعندما تكون الاسرة بمثابة قاعدة الأمان فان المراهق ينطلق منها بثقة نحو عالم أوسع. والمراهق الذي يشعر بالتعلق بوالديه ولكن يمتلك حرية ابداء رأيه. أميل لأن يكون في منزلة الهوية المنجزة أو المؤجلة. أما المراهق ذو الهوية المكبلة والذي عادة ما تكون لديه روابط قوية مع والديه. ولكنه يفتقد فرص الانفصال الصحي عنهم. أما المراهق الذي يمتلك هوية مشتتة فهو الأكثر اشارة الى وجود مستويات متدنية من الدفء والاتصال المنفتح داخل المنزل.

- **السياق الثقافي الأوسع والفترة التاريخية:** ويؤثر السياق الثقافي والفترة التاريخية في تشكيل الهوية وتطورها. وللتأثيرات الاجتماعية كذلك دور بالنسبة لبعض المشكلات المرتبطة بالجماعات العرقية والأقليات.

3) اضطراب الهوية:

يكمن اضطراب الهوية وتشتت الدور لدى المراهق بالنتائج السلبية لأزمة الهوية ويفسر اريكسون ذلك بأن المراهقين يبدونن سطحيين وليس لديهم توجه معين سواء بسبب الصراعات السابقة التي واجهته والتي حلت على نحو سلبي، أو لأن المجتمع يقيد خياراتهم على نحو يتناسب مع قدراتهم ورغباتهم ويؤدي بالتالي الى عدم قدرة المراهق في ادراك ذاته كعضو منتج في المجتمع الذي ينتمي اليه. (Berk, 2007).

وتشير باباليا واولدز (Papalia & Olds, 2006) الى ان بعض مستويات الهوية يعتبر طبيعيا. وأن الطبيعة المضطربة التي تظهر على سلوك المراهق تفسر أسباب تشكيل الزمر أو جماعة الرفاق والتي تمثل في حد ذاتها دفاعات ضد اضطراب الهوية.

وقد يفشل المراهق في تحقيق المهام المطلوبة منه، مما يؤدي الى تشكيل هوية غير ناضجة. وقد تظهر هذه الهوية عندما لا يتمكن المراهق من اختبار البدائل بفعالية. فيتقبل معتقدات وتوقعات والديه قبل ان يمتلك فرصة لاختبارها.

وقد يعاني المراهق من اضطراب الهوية Identity diffusion فيجد نفسه ملتزما بأهداف أو قيم ضئيلة، غير مبال في البحث عن هويته هو. وقد يتبنى هوية سلبية معاكسة لما هو متوقع منه. وبعض المراهقين ممن لا يزالون في طور البحث عن هوية لهم. فانهم يصنفون في طور التأجيل او التوقف Moratorium.

(5 – 5) المراهق وأسرته:

ان اهم المشكلات التي يتعرض لها المراهق في حياته اليومية والتي تحول بينه وبين التكيف السليم. هي علاقة المراهق بالراشدين. وعلى وجه الخصوص الآباء ومكافحته التدريجية للتحرر من سلطات الراشدين من اجل ان يصل الى مستوى الكبار من حيث المركز والاستقلال. لكنه يواجه مطالب تبعية الطفل لأسرته فعليه ان يذهب الى المدرسة، وتدخل الاباء في شؤون الخاصة. فينهالون عليه بأسئلة مثل:

اين كنت؟ ومع من تذهب؟ وماالذي استمتعت له في الراديو.... الى غير ذلك من الاسئلة التي تتيح للاباء التدخل في شؤونه الخاصة. وهم بذلك انما ينكرون عليه سعيه كي يصبح كبيرا ويتحمل مسؤوليات مجتمعه.

1) بنية الأسرة:

تتشكل الأسرة عادة من عدد من الافراد الذين يشكلونها. وهم الأب والأم والاخوة والاخوات. وترتبط بنية الأسرة وتركيبها بما تقوم به من وظائف وكيفية تأديتها لها. وكيفية تأثير التربية الوالدية على الأبناء.

واوردت شريم (2009) إلى ان الأسرة تقوم بأربع وظائف رئيسية هي:

1. **التنشئة الاجتماعية للأطفال:** حيث تمثل الأسرة الوحدة الاجتماعية الأولى والأكثر أهمية في التأثير على الأطفال. كما تمثل العالم الاجتماعي الأول الذي يواجهه الطفل. حيث يتعلم الأفراد الاتجاهات والسلوكيات والأدوار الاجتماعية التي يعتبرها أعضاء مجتمعهم مناسبة لهم.
2. **غرس القيم الأخلاقية:** وتمثل أحد أهم جوانب عملية التنشئة الاجتماعية غرس القيم الاخلاقية وتعليم الاخلاق. وتدريب الأبناء لأن يكونوا ميالين الى الخير.
3. **الانجاب وتنظيم النشاط الجنسي:** وتعتبر الأسرة الوحدة الاجتماعية التقليدية للانجاب. والأسر هي التي تعلم أبناءها المعايير الاجتماعية المرتبطة بالسلوك الجنسي. وما مقبول وما هو غير مقبول من سلوكيات مرتبطة بالجنس والنشاط الجنسي.
4. **توفير الأمن الجسدي والعاطفي:** وتعتبر الأسرة من الزاوية التقليدية المزود الرئيسي للشعور بالهناء والراحة لدى أبنائها. وهي التي توفر الملبس والغذاء والمأوى لهم.

2) اختلاف الاجواء المنزلية:

ان مستوى المراهق من التكيف والنمو يتوقف الى حد كبير على تجاه الوالدين وعلى الجو النفسي والاجتماعي السائد في المنزل. فالاجواء المنزلية ليست من نمط واحد. وهي تختلف من منزل لآخر.:

1. المنزل النابذ:

فقد اثبتت الدراسات المختلفة ان هناك منازل لها طابع النبذ. وقد نسأل انفسنا:

- من الذي يقوم بالنبذ هل هي الأم؟ ام الاب؟ أم كليهما؟
- وما الدور الذي يلعبه الاشقاء ان وجد؟
- هل يعيش الاقارب الكبار في المنزل؟
- وان كان كذلك فما الدور الذي يلعبونه ؟
- وما دور الضيف الطارىء او صديق الاسرة؟
- ما مصادر الاطمئنان والحب التي يحصل عليها المراهق خارج المنزل؟

كل هذه العوامل وعوامل أخرى عديدة يجب ان تؤخذ بعين الاعتبار عند النظر الى موضوع المنزل النابذ وتأثيره على تكيف المراهق. قد نرى ابا نابذا واما تسرف في العطف في نفس المنزل مما يجعل نظام البيت غير مستقر وصراعا مستمرا بين القبول والنبذ. مما يخلق جوا غير هادىء من النمو النفسي للمراهق. ولا تساعد بالتالي على التكيف السليم له. مما ينتج عنه مراهقا غير متكيف يميل الى قضاء مزيد من وقته خارج المنزل. وبالنسبة للفتيات المراهقات قد تقبل بأي زواج يخرجها من منزل والديها. اعتقادا منها ان اي منزل سيكون افضل من منزلها.

2. المنزل الديمقراطي:

يمثل المنزل الديمقراطي عاملا مهما من عوامل التكيف الايجابي. فسياسة المنزل التي تقوم على الحرية والديمقراطية واحترام الابوين لفردية المرتهق وعدم فرض السلطة لتوجيهه يساعد المراهق في:

- تسهيل عمله نحو الاستقلالية وتنميتها والنظر اليها على انها شخصية فريدة لها قدراتها وميولها واتجاهاتها. وان تتاح لها فرصة التنمية الى اقصى حد ممكن.
- اعطائه الحرية في تفكيره وتعبيره وفي اختيار نوع عمله. في حدود مصلحة الجماعة واهدافها العامة.

ان أساليب المنزل الديمقراطي تخلق مراهقة تستطيع ان تتحمل التبعات وتمارس العباء الحياة. مراهقة مستنيرة قادرة على التفكير السليم والتعاون وتحمل المسؤولية والنهوض بالمجتمع. (فهمي، 1995)

3. المنزل المتسامح:

ان اي معاملة تقوم على التسامح المعقول تجعل تكيف المراهقين اسهل تحقيقا. ذلك ان اسلوب التسامح في المعاملة يعطي المراهق شعورا بالامن الحقيقي. ويخلق له جوا يستطيع فيه ان يتجه نحو الاستقلال الشخصي والتحرر التدريجي. ولكن عندما يتحول التسامح الى تساهل زائد او حماية زائدة. فان النتائج تكون سيئة. وتشير الدراسات في هذا المجال الى ان المراهقين الذين تظهر منازلهم اهتماما زائدا بهم. يكون سلوكهم اقرب الى سلوك الاطفال. وبالتالي فان هذا الاسلوب في الحماية الزائدة يعيق السلوك الاستقلالي للمراهق.

4. المنزل الذي تسود فيه السلطة والتحكم الابوي:

قد تحول السيطرة الابوية رغبة المراهق في الاستقلال واخذ مكانه كفرد ناضج في العالم الاقتصادي والاجتماعي. فالاب المتسلط هو ذلك الشخص الذي يفرض قدرا كبيرا من

السيطرة على المراهق. ويكون صارما ومستبدا معه يهدده ويؤنبه. ويحاول دفعه الى مستويات لا تلائم سنه او نموه. فعوامل السيطرة تعيق نمو المراهق وتحد من استمراريتها.

3) العوامل البيئية التي تؤثر في المراهق:

هناك عوامل بيئية متعددة يمكن ان تظهر في بيت اي مراهق. وتؤثر على درجة تكيفه. بعض هذه العوامل يتصل بالجو السائد في المنزل:

- هل هو من النوع الذي يسوده الوئام؟
- أم هو من النوع المفكك؟
- أم ان هناك عوامل ذات علاقة بالمركز الاجتماعي والاقتصادي للاسرة؟
- أم ان هناك عوامل اخرى تلعب دورا هاما في النمو؟ كترتيب المراهق في العائلة، والاختلافات في الجنس وتغيير الوطن.... ام غير ذلك:

1. البيت المفكك:

اثبتت الدراسات المختلفة على ان المراهقين الذين كانوا يعيشون في بيوت مفككة. كانوا يعانون من مشكلات عاطفية وسلوكية وصحية واجتماعية. وان غالبية المطرودين من المدرسة بسبب سوء التكيف كانوا من بين ابناء البيوت المفككة. كما اثبتت الدراسات ايضا ان الاطفال الذين طلق ابواهما او انفصلا ظهر لديهم ميل شديد للغضب ورغبة في الانطواء. وكانوا اقل حساسية للقبول الاجتماعي. واقل قدرة على ضبط النفس واكثر ضعفا. (فهمي، 1995).

2. ترتيب وضع المراهق في العائلة:

فأطفال الاسرة الواحدة يؤثر بعضهم في بعض تأثيرا له مميزاته وخصائصه. ونجد في احيان كثيرة علاقات اكثر التصاقا بين الاخ واخته وعلاقات طيبة بين الاخوين بالرغم من اختلاف السن بينهما. وهنا نتساءل:

- هل الاطفال الاصغر سنا دائما ما يحمون حماية زائدة؟
- وهل الاطفال الاكبر سنا يجدون قبولا اكبر او اقل عندما يأتي اطفال آخرون؟
- هل يكون المولود الأول مفضلا دائما؟
- وما مركز الابن الأخير والابن الوحيد؟
- وهل يعتبر ترتيب الفرد بين اخوته عاملا هاما في تثبيت شخصيته أو في انشاء أنماط محددة للصعوبة في التكيف؟

وتشير الدراسات في هذا الصدد الى ان مركز الطفل الاول في الاسرة يتيح له فرصا طيبة لكي ينمو ويزيد من قدرته على القيادة. ووجود الطفل الاول في الاسرة يؤثر في الطفل الثاني وخاصة اذا كان الفارق بينهم في السن ملحوظا. وعندما ينمو الطفل الثاني ويترعرع ويدرك ما حوله لا يجد الوالدين من حوله فحسب بل يجد كذلك في الميدان اخاه الاكبر الذي سبقه في الميلاد والذي يفوقه قوة ويكبر عنه جسما ووزنا. وكلما ازداد ادراك الطفل الثاني فانه يلاحظ انه اصبح في مرتبة ثانوية في المعاملة. ولو نظرت الى الطفل الاوسط في العائلة فانه يكون في موقف لا يحسد عليه. اذ يكون مهاجما من الامام عن طريق الاخ الاكبر ومن الخلف عن طريق الاخ الاصغر. اما الطفل الأخير في العائلة فتحدد مركزه عدة عوامل من ابرزها.

- اختلاف معاملة الوالدين له عن بقية اخوته واخواته.
- ميل الوالدين لاطالة مدة طفولته لأن الوالدين يكونان قد تقدما في السن. واصبح املهما في انجاب اطفال جدد محدود.

اما الطفل الوحيد في الاسرة فتبدو فرص تكيفه محدودة. فقد اشارت الدراسات في هذا المجال الى افتقار الطفل الوحيد في الاسرة للخبرات التي يمكن ان يكتسبها مقارنة بالخبرات التي يكتسبها الاطفال الاخرون حيث التفاعل بين الطفل والاخوة والاخوات. وبسبب ما يواجه الطفل الوحيد من صعوبات. فانه ينشأ نشأة لا تساعده على التكيف الاجتماعي. فنجده عنيدا صعبا حساسا ميالا للعزلة مترددا كثير الاعتماد على والديه. وهي صفات لا تدل على النضج الكامل.

3. الاختلافات في الجنس:

يشترك الاطفال الذكور والاناث معا في ميولهم بدرجة تجعلهم غير متنافرين ولكن عندما يتقدم بهم العمر فاننا نلاحظ مظاهر الفرقة بينهم والتي تتمثل في الاتي:

- شعور الصبي بالسيطرة على البنت لأنه ذكر، فتشعر البنت بالحقد على الذكر. ويتولد لديها شعور بأنها اقل منزلة من الذكر.
- يخلق الوالدان معايير خاصة بالصبي تختلف عن معايير البنت. فما يقوم به الصبي من السلوك. قد ترفضه الاسرة اذا قامت به البنت. ويمنح الاولاد الذكور من الحقوق والامتيازات ما نحرمه على البنت. مما يؤثر ذلك في علاقة كل منهما بالاخر ويؤدي بالتالي الى اشعال نار الغيرة في نفوس البنات نحو اخوتهم الذكور.
- وقد تنكر الاسرة ايضا سيطرة الاخت الكبرى على اخوتها الذكور الصغار. بل وربما يحل محل ذلك سطوة الاخوة الصغار على اختهم الكبرى.

4. المركز الاجتماعي والاقتصادي:

اشارت الدراسات الحديثة الى وجود بعض الاختلافات في اتجاهات العائلات من الطبقات العليا والوسطى والدنيا تجاه اطفالهم ومراهقيهم.

وتهدف الاسر من فئة الطبقات العليا ان يحصل ابنها على مجد كبير. وغالبا ما يرغب الاباء في ان يحمل الابن اسم العائلة. وان تسند اليه اعمال الاسرة الواسعة ومسؤولياتها. وكذلك المركز الاجتماعي في مثل تلك الاوساط.

اما في حالات الاسرة من الطبقات الدنيا. فان الابناء عادة لا يفتقرون الى العطف او الحب في البداية. الا انه عندما يكثر الابناء. تتضاعف معها المسؤوليات الاقتصادية. وهنا تبدأ معاملة الآباء للأبناء تتغير. ويتوقع الاباء ان يسالك ابناءهم سلوك الكبار في سن مبكرة. لأن الكبار ليس لديهم احساس بعالم الصغار. وان التربية من وجهة نظرهم تقوم على الطاعة والعقاب الجسماني. وبالتالي فان مثل هذه الاتجاهات لا تعطي فرصة للمراهق لأن ينمو نموا متكيفا سليما.

ويقوم نمط المعاملة في الاسرة المتوسطة على اساس من الرقابة الشديدة. دون اتباع النظام الصارم. وفي الوقت ذاته لا يستعمل العقاب الجسدي الا نادرا ويستبدل هذا العقاب بالتأنيب. ويلجأ افراد الاسرة المتوسطة الى الرقابة الشديدة. خشية ما يقوله الناس عن سلوك ابنائهم. ولا تدل هذه الرقابة على نبذهم لأبنائهم. بل على العكس من ذلك فهم مرغوب فيه.

وتطرق الباحثون في دراساتهم الى اثر الحالة الاقتصادية في الاسرة على أن نظام المنزل والترتيبات العائلية الداخلية يتأثر بشكل غير مباشر على النمو. وعلى العلاقات بين الاخوة والاخوات. ومدى امتلاك المراهق لغرفة مستقلة له وحده في المنزل ومدى الحرية الممنوحة له في التصرف بها بعيدا عن اعين الكبار. ومدى قدرة المراهق على احضار اصدقائه للمنزل

5. تغيير الوطن:

في حياتنا المعاصرة، اصبح تغيير الوطن بالنسبة للفرد يشكل مظهرا عاما من مظاهر الحياة الحديثة. وعاملا هاما ومؤثرا في تكيف المراهق الاجتماعي. وفي علاقاته مع عائلته والعائلات. وبسبب تعقيد الحياة والمرتبات الاحسن والتنظيمات الحكومية المتزايدة. تضطر كثير من الاسر الى الانتقال الى بلد آخر طلبا لاكتساب الرزق. مما ينتج عنه عدم قامة المراهق في منزله مدة طويلة او حتى في بلدته التي ولد وترعرع بها. وبالتالي. اضطراب المراهق في علاقاته الاجتماعية وبناء صداقات جديدة في كل مرة يحدث فيها هذا الانتقال. كما يعاني المراهق ايضا من النواحي الاكاديمية وتغير الثقافات من مجتمع الى مجتمع آخر.

(5 – 6) المراهق والحياة المدرسية:

1) المشكلات التعليمية واتجاهاتها:

كان الاباء في الزمن الماضي يشعرون ان مسؤولياتهم نحو ابنائهم تنتهي بمجرد دخول ابنائهم الى المدرسة. فتنتقل مسؤولية رعاية الابناء الى المدرسين الا اذا ظهر ان التلميذ عاجز او غير متقبل لنظام المدرسة. ولكن تغير هذا الاتجاه في الأونة الأخيرة. وأصبحت المجتمعات أكثر ادراكا للمشاكل المدرسية الخاصة بالمراهقين والمراهقات. التي ما فتئت تطرح العديد من الاسئلة التي ترتبط بحياتهم المدرسية (فهمي، 1995):

- هل يجوز للفتى أو الفتاة اختيار المدرسة الثانوية التي سيلتحق بها؟
- هل يرغم المراهق على الدراسة في الوقت الذي يفضل فيه الالتحاق بعمل ما؟
- ما هي الظروف المشجعة على الدراسة بالمنزل؟
- هل من الافضل ان يعطى الطالب واجبات كثيرة بحيث لا تتيح له وقتا كافيا للفراغ؟
- ما هي احسن الوسائل للمذاكرة؟
- هل من الممكن ان يكون الفرد ناجحا في مادة وفاشلا في أخرى؟
- لماذا يصعب على بعض الطلاب الوقوف والتحدث في الفصل؟
- ما اكثر المواد الدراسية ملائمة للفتى والفتاة؟
- لماذا لا يعطى الطالب الحرية في اختيار المواد التي يرغب في دراستها؟
- هل يرغم الطالب على دراسة مواد ليس لها قيمة في الحياة العامة؟
- كيف يمكن للطالب كسب الاصدقاء في المدرسة؟
- لماذا يكون بعض الطلاب محبوبين جدا. بينما آخرون على عكس ذلك مجهولين لا يحس بهم أحد؟
- كيف يمكن ارضاء المدرسين خصوصا الذين يثورون دائما؟
- الى اي حد يجب ان تصل الصداقة بين الطلاب والمدرسين؟
- هل للعمل بعض الوقت أثر على النجاح المدرسي؟

توضح هذه الاسئلة وأسئلة اخرى عديدة مدى ما يعانيه المراهقون من مشكلات وما هية التكيف الذي يمكن ان يحدث بين هؤلاء المراهقين ومدرسيهم. وحتى بين المراهقين انفسهم داخل باحات المدرسة وخارجها. وما مدى تقديم خدماتالتوجيه والارشاد من قبل المدرسة لمواجهة تلك المشكلات. ويمكن اجمال مشكلات التكيف التي يواجهها المراهقون في حياتهم المدرسية بالآتي:

1. **اختيار المدرسة او الكلية الملائمة:**

ذلك ان اختيار المراهق لنوع دراسته الثانوية (علمي، ادبي، تجاري، صناعي، زراعي،... الخ) او الجامعية تخضع في كثير من الحالات الى رغبة الآباء من جهة، والى القواعد والتنظيمات التي تفرضها السلطات التعليمية من جهة أخرى. دون مراعاة لرغبات واتجاهات الطلبة. مما يدل على ان حرية اختيار المراهق لدراسته يمثل عاملا مهما لضمان نجاحه. ويجنبه الفشل في حياته الدراسية والعملية في المستقبل.

2. **انماء عادات دراسية صالحة:**

المراهق المحظوظ هو الذي تتاح له فرصة الحصول على حجرة خاصة به. ينفرد بها ويتابع دراسته بهدوء بعيدا عن مشاغل المنزل. وبالرغم من كلا من المراهق والمراهقة يجب ان يأخذا نصيبهما من المسؤوليات المنزلية. الا ان هذه المسؤوليات يجب ان تحدد بحيث لا تتعارض مع الوقت المخصص للدراسة والاستذكار. كما يجب ان يسمح للمراهق بالاستذكار لفترة وبعدها الاسترخاء او يزاول نشاطه الاجتماعي ولعل من المفيد ان يقوم الاباء والمدرسين بمساعدة الابناء الطلبة وضع جداول تحدد فيها فترات الاستذكار والاسترخاء والقيام بالانشطة الاجتماعية بما يحقق نموا سليما للمراهق ويزيد من مستويات تكيفه.

2) **اهمية المنهج الدراسي في اعداد المراهق ونموه:**

المنهج الملائم المدروس على اسس تربوية ونفسية سيكون اكبر عون للطالب للتفكير باستقلال والتدريب على السيطرة على عواطفة وتحمل المسؤولية كفرد يسهم في بناء الجماعة. ويجب ان تساير المناهج الحديثة متطلبات العصر وتطوره الهائل في تكنولوجيا المعلومات والوسائط المتعددة والاستفادة من كل الخبرات والمعلومات في اكساب المراهقين للخبرات التي تعد الطالب لطرق الحياة الايجابية السليمة والنشاط الخارجي الذي يبني في شخصيته المواطنة الصالحة.

3) **النشاط الاجتماعي في المدرسة:**

وكثيرا ما يشعر الطالب الجديد في المدرسة الثانوية بالرهبة لمواجهة زملاء جدد في بيئة جديدة لم يتعود عليها بعد. ومن هنا يأتي دور المعلمين في مساعدة هؤلاء الطلبة ازالة هذا الشعور ومنحهم اكبر فرصة للتأقلم في البيئة المدرسية الجديدة. وذلك بتنظيم الرحلات واشراك الطلبة في الندوات والانشطة الصفية واللاصفية التي تقيمها المدرسة وتعود الطلبة على النظام المدرسي الجديد الذي التحق به.

1. **الاشتراك في النوادي المدرسية:**

وكذلك يجب تشجيع المراهقين على الاشتراك في النوادي بحيث يصبح عضوا في واحد أو اكثر من النوادي التي توفرها المدرسة في سبيل تطوير شخصية الطالب ودمجه في الحياة الاجتماعية التي تمارس بشكل اوضح خارج قاعات الدراسة. وفي البداية ربما لا يرغب الطالب الاشتراك في النادي بالرغم من حاجته لمثل تلك الانشطة التي يوفرها هذا النادي. وعلى المعلمين تشجيع طلبتهم وتوجيههم وتوفير فرص الالتحاق بالنادي لهم. فالنادي المدرسي يعد احد انواع النشاط الاجتماعي المدرسي واحد اهم الوسائل التي تعتمد عليها المدرسة في تحقيق التنشئة الاجتماعية للطالب. لما لمثل هذا النوع من النوادي من توفير الجو الملائم لممارسة النشاط الحر في اوقات الفراغ التي تتخلل اليوم المدرسي طوال العام الدراسيز

2. **الجمعيات التعاونية المدرسية:**

ويحقق التعاون المدرسي للطالب نتائج تربوية عديدة في تكوين العادات الصالحة. وتوجيه السلوك الجماعي السليم واكساب الطلاب مهارات في تكوين العلاقات الاجتماعية والخبرات والمعارف الجديدة المرتبطة بالنشاط التعاونز فضلا عن اكتساب المميزات والاتجاهات الصالحة التي تساعد كثيرا على خلق المواطنة الصالحة.

3. **جمعيات الخدمة العامة المدرسية:**

ومن اهم النشاط الجماعي المدرسي اتجاه المدرسة الحديثة الى انشاء جمعية الخدمة المدرسية العامة التي تهدف الى تهيئة الظروف الملائمة لتنشئة الطلاب تنشئة صالحة. واكساب الطلبة المهارات والاتجاهات الصالحة للاسهام بواجبهم للخدمة المحلية العامة في بيئتهم والخدمة القومية في مجتمعهم. كما تدربهم على القيام بواجبهم نحو خدمة مدرستهم عن طريق اشتراكهم في شعب النشاط المهني (كهرباء، ميكانيك، تجارة، نجارة.. الخ) من اجل المساهمة في انتاج ما تحتاجه المدرسة من اثاث وادوات بسيطو وصيانة ممتلكاتها تلك.

4) **العلاقة بين المدرس والمراهق:**

1. **العلاقات الانسانية (بين المعلم والطالب):**

العلاقة بين المعلم والطالب علاقة هامة جدا في تطوير شخصية الطالب وتقدمها. كما تعتبر المفتاح الموصل الى نجاح الموقف التعليمي او فشله. ومن ثم يحرص المشتغلون في الصحة النفسية الى ادخال الوسائل والاساليب التي قد تبدو في ظاهرها تافهة ولكنها في حقيقة الامر تؤدي الى تكوين العلاقة الحميمة بين الطالب والمعلم وكلما اقترب المعلمون من طلبتهم اكثر

فأكثر كلما حقق المعلم نجاحا اكبر في العملية التعليمية التعلمية التي يمارسها كمهنة في مدرسته.

2. **المعلم بديل الأب:**

والمعلم هو الأب والأخ والصديق للطالب المراهق. يجد المراهق فيه المنقذ الاعظم للمشكلات التي يواجهها في حياته. وكثير من المعلمون لا يعرفون حقيقة ان المعلم في المدرسة هو بديل الاب في المنزل. ان الطالب الذي حرم من حنان الابوة داخل منزله سوف يبحث عنها في مدرستها. فاذا ما وجد معلما حنونا يعطف عليه ويمسك بيده فانه سيقترب منه اكثر فأكثر. اما اذا تنكر المعلم لصفة الابوة في تعامله مع طلابه فسوف يجد ردود الفعل السلبية من قبل الطلبة وسوف يجد النفور والتمرد والشغب يطال هذا المعلم بحيث يتخذ الطالب من السلطة ممثلة في معلميها هدفا للعدوان.

3. **مشكلات التكيف في المدرسة الثانوية:**

في دراسة اجراها فهمي (1995) لمعرفة المشكلات الشائعة بين طلبة المدارس الثانوية بمدينة القاهرة في جمهورية مصر العربية. وبلغت عينة الدراسة 243 طالبا وطالبة طبق عليهم قائمة موني لضبط المشكلات المكونة من احد عشر مجالا اوضحت نتائجه ان المشكلات التي يعاني منها الطلبة هي على النحو التالي:

في المدارس الثانوية للبنين	في المدارس الثانوية للبنات
أولا: المشكلات الصحية والجسمية: ■ اتعب بسرعة ■ اشكو ضعف عيني ■ لا اقوم بتمرينات رياضية كافية ■ لست قويا وصحيحا بالدرجة الكافية ■ وزني اقل من اللازم	اولا: المشكلات الصحية: ■ اتعب بسرعة ■ اشكو ضعف عيني ■ اعاني من اضطرابات العادة الشهرية ■ كثيرا ما اعاني من الصداع ■ لا اقوم بتمرينات رياضية كافية
ثانيا: المشكلات الاقتصادية: ■ احتاج الى عمل اشتغل به في العطلة فقط ■ اريد ان احصل على بعض المال بجهدي الخاص ■ اريد ان اعرف كيف ادخر من نقودي ■ ليس لي غرفة خاصة بالمنزل ■ والدي يشقى كثيرا في عمله	ثانيا: المشكلات الاقتصادية: ■ اتمنى ان نسكن في حي غير حينا ■ اريد ان احصل على بعض المال بجهدي الخاص ■ اريد ان اعرف كيف ادخر من نقودي ■ ليس لي غرفة خاصة بالمنزل ■ والدي يشقيان كثيرا في العمل

في المدارس الثانوية للبنين	في المدارس الثانوية للبنات
ثالثا: مشكلات وقت الفراغك:	ثالثا: مشكلات وقت الفراغ:
▪ احتاج ان اثقف نفسي ثقافة اوسع	▪ ارتبك عند مقابلة الناس
▪ اشعر كأني مقيد عند وجودي في المجتمعات	▪ لا اجد شيئا مسليا افعله في العطلة الصيفية
▪ تنقصني المهارة في الالعاب الرياضية	▪ لا اجد فرصا كافية للاستمتاع بالطبيعة
▪ لا يوجد مكان مناسب لممارسة الرياضة قرب مسكني	▪ لا تتاح لي فرصة كافية للذهاب للسينما
▪ ليس لي فرصة كافية لممارسة الرياضة	▪ لا يسمح لي عادة بالخروج ليلا
رابعا: المشكلات الجنسية:	رابعا: المشكلات الجنسية:
▪ ارتبك عند الحديث مع احد افراد الجنس الآخر	▪ ارتبك عند الحديث مع احد افراد الجنس الآخر
▪ اود ان اعرف بعض انواع الامراض الجنسية	▪ لا استطيع ان اسأل والدي عن اي مسألة جنسية
▪ لا اختلط بسهولة مع الجنس الآخر	▪ لا يسمح لي بصداقات مع الجنس الآخر
▪ لا استطيع أن اسأل والدي عن اي مسألة جنسية	▪ يحيرني امر مقابلة الشبان لفتيات
▪ يحق لنا ان نلوم المدرسة لأنها لا تعطينا معلومات جنسية	▪ يحيرني موضوع العلاقات بين الجنسين
خامسا: مشكلات التوافق الاجتماعي:	خامسا: مشكلات التوافق الاجتماعي:
▪ اريد ان اصبح محبوبا بدرجة اكبر	▪ احس انه لا يوجد من يفهمني
▪ ان شعوري يخدش لأبسط الاشياء	▪ ارتبك بمنتهى السهولة
▪ انني خجول	▪ اريد ان اصبح محبوبة بدرجة اكبر
▪ انني شديد الغيرة او الحسد	▪ ان شعوري يخدش لأبسط الاشياء
▪ لا اجد من اتحدث اليه في مشاكل	▪ انني خجولة
سادسا: المشكلات الانفعالية:	سادسا: المشكلات الانفعالية:
▪ أثور وافقد اعصابي بسرعة	▪ اثور وافقد اعصابي بسرعة
▪ اسرح كثيرا في الخيال	▪ اسرح كثيرا في الخيال
▪ انفعل بسرعة لأبسط الأمور	▪ انفعل بسرعة لأبسط الامور
▪ انني عنيد جدا	▪ انني كثيرة القلق
▪ ما اسرع تساقط الدموع في عيني	▪ ما اسرع تساقط الدموع من عيني

في المدارس الثانوية للبنين	في المدارس الثانوية للبنات
سابعا: الدين: ▪ اخاف ان يعاقبني الله في الآخرة ▪ اريد ان احس بأنني قريب من الله ▪ اريد ان افهم القرآن ▪ لا اتردد على المسجد بالقدر الكافي ▪ يحيرني مصير الناس بعد الموت	سابعا: الدين: ▪ اخاف ان يعاقبني الله في الاخرة ▪ اريد ان احس بأني قريبة من الله ▪ لا اتردد على المسجد بالقدر الواجب ▪ يحيرني تفسير "الله" ▪ يحيرني مصير الناس بعد الموت
ثامنا: المشكلات المتعلقة بالاسرة: ▪ احد والداي متوفي ▪ اعاني من وجود منازعات عائلية ▪ لا اصارح والدي بكل شيء عني ▪ لست على وفاق تام مع احد اخوتي ▪ والداي يضحيان اكثر مما يجب من اجلي	ثامنا: المشلات الاسرية: ▪ انني مشغولة جدا من جهة احد افراد الاسرة ▪ بعض افراد اسرتي مرضى ▪ لا اصارح والدي بكل شيء ▪ لست على وفاق تام مع احد اخوتي ▪ والدي يضحيان كثيرا من اجلي
تاسعا: التوجيه التربوي والمهني: ▪ احتاج الى نصيحة بخصوص ما افعله بعد الانتهاء من الدراسة الثانوية ▪ احتاج ان اضع خطة للمستقبل ▪ اخشى الا تسمح لي الجامعة بالالتحاق بها ▪ ارغب في معرفة المزيد عن كليات الجامعة المختلفة ▪ انني اتعجل الانتباه من الدراسة والحصول على عمل	تاسعا: مشكلات التوجيه المهني: ▪ احتاج الى نصيحة بخصوص ما افعله بعد الانتهاء من الدراسة الثانوية ▪ اخشى الا استطيع الالتحاق بالجامعة ▪ ارغب في معرفة المزيد عن كليات الجامعة المختلفة ▪ انني اتعجل الانتهاء من الدراسة والحصول على عمل ▪ يتعذر على ان اقرر نوع الكلية التي سألتحق بها
عاشرا: العمل المدرسي: ▪ اجد صعوبة في الاعمال الشفوية ▪ اشعر بقلق من ناحية الامتحانات ▪ لا اعرف كيف اذاكر بطريقة مثمرة ▪ لا اقضي وقتا كافيا في المذاكرة ▪ لا اميل الى بعض المواد الدراسية	عاشرا: مشكلات العمل المدرسي: ▪ اشعر بقلق من ناحية الامتحانات ▪ لا استطيع التركيز على الدروس ▪ لا اعرف كيف اذاكر بطريقة مثمرة ▪ لا اقضي وقتا كافيا في المذاكرة ▪ لا اميل الى بعض المواد الدراسية

في المدارس الثانوية للبنين	في المدارس الثانوية للبنات
حادي عشر: المنهج والدراسة: ▪ بعض الامتحانات قاسية ▪ درجات الامتحان ليست مقياسا صحيحا للقدرة ▪ كثير من مدرسينا ضعاف ▪ مدرسونا تنقصهم الشخصية ▪ مدرسونا لا يراعون احساسات الطلبة	حادي عشر: مشكلات المنهج والدراسة: ▪ بعض الامتحانات قاسية ▪ درجات الامتحانات ليست مقياسا صحيحا للقدوة ▪ ليس لدي مكان مناسب للمذاكرة في المنزل ▪ مدرسونا لا يراعون احساسات الطلبة ▪ مدرسونا ليسوا اصدقاء للتلاميذ

5) **المسؤولية الارشادية في المدرسة:**

يسعى المرشد المدرسي الى تقديم خدماته بشكل مباشر أو غير مباشر للطلبة ووالديهم ومدرسيهم. حيث يمثل الارشاد المدرسي برنامجا يشتمل على مجموعة كبيرة من الخدمات التي يقدمها المرشدون في المؤسسات التعليمية بمختلف المراحل.

وأصدرت رابطة علم النفس الامريكية بان هدف الخدمات الارشادية هوتيسير السلوك الفعال للانسان خلال عمليات نموه على امتداد حياتها كلها. مع التأكيد على المظاهر الايجابية للنمو والتوافق في اطار منظور النمو. والمساعدة على اكتساب او تغيير المهارات الشخصية – الاجتماعية. وتحسين التكيف لمطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع البيئة، وتنمية القدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات. وان المشكلات التي يتعامل معها الارشاد المدرسي ترتبط بكل من التعليم والاختيار المهني، والجنس والزواج والاسرة والعلاقات الاجتماعية الأخرى، والصحة والاعاقات الجسمية والصحية. وتشتمل الخدمات الارشادية على: التقدير والتقييم والتشخيص والتدخل والاستشارة وتطوير البرامج والاشراف على الخدمات السيكولوجية الارشادية وتقويمها.

والمرشد المدرسي هو الشخص الذي يمارس مهام التوجيه والارشاد المدرسي في مدرسته ويقدم خدماته الارشادية ب:

- الالتقاء مع الطلبة حسب برنامج ارشاد معد ومخطط له. ويناقش معهم في جو من الحوار والتفاعل المشكلات والقضايا الحياتية الخاصة بهم.
- التعامل مع الصعوبات التي يواجهونها وتنمية قدراتهم على التكيف السليم وايجاد الحلول المناسبة لها. وتزويد ادارة المدرسة والمعلمين وأولياء امور الطلبة بحاجات الطلبة والخصائص النمائية العمرية التي يمرون بها.

- وضع خطة عمل لكل فصل دراسي بما يتناسب مع حاجات الطلبة والمعلمين والعمل على تنفيذها بالتعاون مع الادارة المدرسية والعاملين في المدرسة وأولياء الامور.
- جمع البيانات المتعلقة بالعمل الارشادي للطلبة التي يقوم بها المرشد التربوي المدرسي وتحليلها وتفسيرهامن اجل استخدامها لأغراض تحديد احتياجات الطلبة والاغراض الارشدية مستقبلا.
- الاهتمام باجراء البحوث الاجرائية التي تتعلق بالحلول المقترحة بحل المشكلات التي قد يواجهها الطلبة في المؤسسات التعليمية وتحسين الممارسات العلمية للمرشد.
- توظيف الأنشطة المدرسية كأساليب وقائية وعلاجية للحالات الفردية التي يتعامل معها بالتنسيق مع الادارة المدرسية والعاملين فيها.
- التعرف على الطلبة الذين يعانون من مشكلات جسمية وصحية والتعامل مع حالاتهم الصحية كل على حدة ومساعدتهم على التكيف مع اوضاعهم الصحية بالتنسيق مع الادارة المدرسية والعاملين فيها.
- الاطلاع على سجلات الغياب والتأخر المدرسي للطلبة وحصر اسماء الطلبة الذين يتكرر غيابهم او تأخرهم عن الدوام الرسمي. ومساعدتهم في ايجاد الحلول المناسبة لهم على المستوى الفردي او الجمعي.
- زيادة الوعي المهني للطلبة في الانتقال من مرحلة عمرية الى المرحلة التالية.
- المساعدة في حفظ النظام وضبط سلوك الطلبة. والعمل مباشرة مع الطلبة ذوي السلوك غير المرغوب فيه من اجل تعديل سلوكياتهم.
- توضيح اهمية الارشاد لكل من يحتاجه من طلبة واداريين وعاملين في المؤسسة التعليمية وآباء وأفراد المجتمع المحلي.

ويرتبط المرشد المدرسي بعلاقات عمل بالاضافة الى العلاقات الشخصية التي تربطه بجميع هؤلاء العاملين. ويسعى كل من المرشد المدرسي ومدير المدرسة الى تطوير العملية التعليمية التعلمية. مما يترتب على ذلك التعاون فيما بينهما لتقديم الخدمات الارشادية المختلفة. وفهم قضاياهم والمساعدة في حل مشكلاتهم. ويحكم موقع مدير المدرسة كمسؤول اداري تقديم العون والمساعدة للمرشد التربوي من خلال اتاحة الفرصة له للتحدث عن طبيعة عمله للاشخاص العاملين في المدرسة والتخطيط معهم لانجاح عمله كمرشد مدرسي يقدم خدماته الارشادية وتبادل المعلومات والخبرات التي تحقق انجاز اهداف المدرسة التربوية.

ولا شك بأن اتجاهات مدير المدرسة تلعب دورا في رسم نوع العلاقة بينه وبين المرشد كما يلعب المرشد المدرسي دورا بارزا في اقامة علاقات جيدة بينه وبين مدير المدرسة. وممارسة دوره

الارشادي بشكل ايجابي. فالادارة الديمقراطية ادارة تقوم على الانفتاح والعمل بروح الفريق القائمة على الاحترام المتبادل والدعم والمساندة في تحقيق العمل الارشادي السليم. اما الادارة الدكتاتورية فتتميز بعلاقة تسلطية قمعية تسهم في اعاقة العمل الارشادي وعدم انجاحه. وتقوم الادارة التسيبية على مدى الدعم الذي يقدمه كل من المدير والمرشد للآخر. لا تقوم على الاحترام المتبادل بين الطرفين.

وتتميز علاقة المرشد المدرسي باعضاء الهيئة التعليمية في المدرسة بعلاقة زمالة قائمة على الاحترام المتبادل والمحبة والتعاون في مجالات التخطيط وتنفيذ النشاطات الارشادية والتزود بالمعلومات الضرورية والاساسية لانجاح العمل الارشادي في المدرسة.

ولا شك بان العلاقة التي تربط المرشد المدرسي مع الطلبة علاقة احترام متبادل غير مشروط. وتقديم الدعم والتشجيع والمساعدة في تلبية حاجات الطلبة بمختلف جوانب حياتهم الاجتماعية والنفسية والعقلية والمهنية ومساعدتهم في اتخاذ القرارات المهنية وتحسين علاقاتهم مع اصدقائهم وذويهم وزيارتهم في منازلهم اذا تطلب الامر ذلك.

وعلى المرشد ان يعمل في علاقاته مع اولياء امور الطلبة الى تحسين صورة المدرسة واهدافها التربوية لدى اولياء الامور. ويجب ان تقوم العلاقة التي تربط المرشد بأولياء الامور على الاحترام المتبادل والثقة. وتبادل وجهات النظر فيما بينهم كي يسهم الطرفان في مساعدة الطلبة في اتخاذ القرارات السليمة لهم.

6) **إدارة الصف وحل المشكلات:**

تنشأ الخلافات الصفية عندما تتعارض مصالح الافراد فيما بينهم مما يعيق الفعاليات الاعتيادية والتأثير على الاهداف التعليمية. ويمثل الصراع حالة يمر فيها الفرد ولا يستطيع ارضاء دافعين معا. ويكون كل دافع منهما قائما لديه. ويتضمن الصراع في الأصل وجود دافعين لا يمكن تلبيتهما في وقت واحد. وان كثيرا من حالات الصراع التي نمر بها شعورية. ولكن بعضها يبقى في مستوى اللاشعور. كما أن بعضها الآخر يبدو لا شعوريا. ولكنه ينطوي في الأعماق على عناصر لاشعورية. وفي كل الأحوال يبدو الصراع كثيرا في حياة الانسان الواقعية السوية. ويظهر حركيا ودافعا نحو ايجاد الحل بالنسبة للدوافع المتصارعة. ويحتمل أحيانا أن يكون على شكل انسحاب من الموقف كله. ويلحق الاحباط بذلك. وقد يكون الحل على شكل اشباع دافع دون آخر. ومن الممكن هنا ظهور الاحباط أيضا. وقد يطول الصراع. وهنا تصبح تربة السلوك أكثر خصبا لامكانات ظهور الانحراف.

وقد زخرت الادبيات التربوية والبحثية باستراتيجيات مختلفة في ادارة الصف من خلال اعادة بناء العلاقات بين الافراد وتوجيهها. والاستماع الجيد وباهتمام الى اطراف الصراع

ويحيادية. والعمل على بناء الثقة بينهما والحفاظ عليها. وتحديد طبيعة المشكلة والعوامل المذكية لها. ومحاولة العمل على ضبط وادارة المشاعر الوجدانية لأطراف الصراع. ومحاولة تحقيق التوازن في القوى والمسؤوليات بين اطراف الصراع. والاستفادة بصورة شاملة من كل تلك الصراعات وتوجيهها ايجابيا لخدمة المدرسة. (حسين، وحسين، 2007)

(5 – 7) المراهق وجماعة الرفاق:

جماعة الرفاق جماعة أولية ومرجعية ولها وظائفها، فهي تمنح عالم المراهقة معنى، وتوضح له هويته، ويمارس الرفاق دوراً مؤثراً في تغيير منظومة قيم المراهق سواء من خلال إضافة قيم جديدة أو تعديل السلم الهرمي، أو التنازل عن بعض القيم سعياً لنيل رضا الآخرين وتخفيض التوترات الانفعالية التي تعتريه لدى تعرضه لضغوط الرفاق، خاصةً عندما يشعر بالانعزال أو ينأى عن مجموعة الأصدقاء.

وتسهم الصداقة في تلبية الحاجات الاجتماعية والنفسية الضرورية للمراهق، مثل الاستمتاع بصحبة الآخرين عن طريق اللعب المشترك وتمضية الأوقات السعيدة. وينشأ الولاء الذي يعكس مدى تماسك أواصر الصداقة بين جماعة الأصدقاء ليحافظ على استمراريتها وعضوية أفرادها (درويش، 1999).

وتزداد أهمية العلاقات الاجتماعية لدى الناشئ بتقدمه من الطفولة إلى المراهقة بسبب تشعب تلك العلاقات من جهة، وازدياد تأثيرها في مجمل حياته وسلوكه الشخصي من جهة ثانية.

وتؤكد نظرية العلاقات الاجتماعية المتبادلة أن الفرد يدخل في تفاعلات اجتماعية منذ ولادته، وتستمر في مختلف مراحل حياته، وهي التي تكفل للمراهق إنسانيته، وتأثيرها يمتد حتى يشمل تعديل أداء المراهق، ويؤدي التفاعل المتبادل والصريح إلى تحقيق مفهوم التصديق الاجتماعي، الذي يساعد المراهقين في إدراك مدى تطابق أفكاره مع أفكارهم، مما يزيد من تقدير المراهق لذاته، وتحقيقه للتوافق النفسي (Merrell, 2003).

وللمدرسة دور مهم في تحقيق النمو الاجتماعي وتشكيل جماعات الرفاق لدى الأطفال والمراهقين على حد سواء. راجع (2009) والتهامي (2008) وعثمان (2006)؛ والتي تركز على الانتماء للمجتمع وتنمية القيم الصالحة، والاتجاهات الإيجابية، ومراعاة حقوق الآخرين، والتزام الآداب الاجتماعية العامة.

ويقع على عاتق المرشد التربوي والمعلمين في تنمية هذا الجانب.. وتنمية التفاعل الاجتماعي التعاوني بين الفرد ورفاقه في المدرسة وتنظيم مواقف القيادة والتبعية التي تتطلبها

البيئة المدرسية. والتعرف على البيئة الاجتماعية المدرسية وإمداد الفرد بخبرات سليمة. وتعليمه كيفية ممارسة السلوك المناسب في المواقف الاجتماعية المختلفة. وفي مواقف الحياة الواقعية. وإيجاد روح التنافس الموجه بين الطلبة في الفصل الدراسي. ومراعاة التجانس والاختلاف في الذكاء والقدرات والاستعدادات. وتعويدهم احترام والديهم ومعلميهم والكبار دون رهبة أو خوف.

1) **العلاقة بين المراهق وجماعة الرفاق:**

وتلعب علاقة المراهق مع أقرانه دورا أساسيا في نضجه الاجتماعي واتزانه الانفعالي حيث يتعلم المراهق من خلال لعبه مع الآخرين التعاون والمشاركة، كما يساهم في تقليل أنانيته ونزعة التمركز حول الذات، ومن خلال لعبه مع الآخرين يتعلم كيف يقيم علاقات اجتماعية وكيف يواجه المواقف التي تحملها تلك العلاقات من التزامات ومسؤوليات وادوار مختلفة (التهامي، 2008).

ولا شك أن العلاقات الاجتماعية عامة والصداقة خاصة تتأثر بالمرحلة العمرية التي يمر بها الشخص، فيتأثر كل من الصديقين بتصرف الآخر نحوه. وتعتمد التصرفات على التعاطف مع الآخر والقدرة على تخمين ما يريده الآخر وما يفكر فيه، والتنبؤ بما يسعد الآخر أو يحزنه. وما يلذ للآخر القيام به، وما ينزعج منه.

ويعتمد عمق الصداقة على ما يتوافر لها من مقومات، وكلما تعددت وتنوعت أسس الصداقة زادت العلاقة قوة وعمقا (ابو مغلي، 2005). (David, 2007).

ويعتقد أريكسون (Erickson) أن صورة الفرد الشخصية تنمو من خلال سلسلة من أزمات النمو النفسية الاجتماعية، والتي تقود إلى نمو الشخصية أو نضوجها وهي التي تجعل من الشخصية أكثر أو أقل تكاملاً. ويرى أن المراهق مرغم على التفاعل مع فئات مجتمعية واسعة. ومن خلال هذا التناول، توجد لدى المراهق فرصة لتطوير شخصية سوية قادرة على إدراك وفهم ذاتها، وإدراك العالم الذي يحيط بها (Pahuja, 2004).

2) **خصائص جماعة الرفاق:**

وتشكل جماعة الرفاق وسطاً اجتماعياً يؤثر على المراهق في مختلف جوانب حياته، فعندما يخرج الطفل من نطاق الأسرة تتسع علاقاته الاجتماعية بانضمامه إلى جماعات الرفاق في المدرسة التي تكثر بأشكالها وأحجامها وخصائصها ومستوياتها الثقافية والاقتصادية والاجتماعية.

ولجماعة الرفاق خصائص متعددة منها إنها تتكون من عضوين أو أكثر تتطابق أو تتشابه عقائدهم واتجاهاتهم وشعور الفرد وتداركه بأنه يشبه الآخرين والشعور بالنوع (أبو لباد، 2007).

وعادة ما يكون أفرادها من فئات متقاربة السن، مما يساعد على التفاهم والتقارب بين أفرادها، ونتيجة للتفاعل بين أعضاء الجماعة يتم اكتساب الأنماط السلوكية للجماعة، وكذلكالاتجاهات والقيم الخاصة بهم والتي تتناسب مع أعمارهم وجنسهم قادرة على أن تزودالفرد بكثير من الخبرات الجديدة التي قد يجد الفرد حرجًا في اكتسابها عن طريق الكباربينما لا يجد مثل هذا الحرج عند تعلمها من أقرانه، مثل بعض الألعاب، أو بعض جوانب التربية الجنسية أو بعض الأغاني وغيرها (Lingren, 1995).

تعد جماعة الرفاق جماعة أولية ومرجعية ولها وظائفها، فهي تمنح عالم الطفولة معنى، وتوضح للمراهق هويته، ويمارس الأصدقاء دوراً مؤثراً في تغيير منظومة قيم الفرد سواء من خلال إضافة قيم جديدة أو تعديل السلم الهرمي، أو التنازل عن بعض القيم وذلك سعياً لنيل رضا الآخرين وتخفيض التوترات الانفعالية التي تعتري الفرد لدى تعرضه لضغوط الرفاق، خاصةً عندما يشعر بالانعزال أو ينأى عن مجموعة الأصدقاء (Mellou, 1994).

3) تأثير جماعة الرفاق:

لجماعة الرفاق في المدرسة تأثير ايجابي أو سلبي على أعضائها في حياة المراهق، كما تلعب دورا هاما في النمو الاجتماعي له. وعملية التطبيع الاجتماعي من خلال التوحد بالرفاق، والتعلم الاجتماعي، وتعلم الأدوار Role playingوتكون جماعة الرفاق مرجعا لحقيقة المراهق عن ذاته، ويؤدي الامتثال لمعايير الجماعة دورا هاما في تشكيل سلوك المراهق في هذه المرحلة (أبو لباد، 2007).

وتعمل جماعة الرفاق على إكساب المراهق بعض الاتجاهات الاجتماعية، وتحدد له مكانته الاجتماعية التي تشعره بأهميته، وتتيح له تحمل المسؤولية الاجتماعية من خلال ممارسته للدور الذي تحدده له الجماعة. (Giancola, 2000).

ويرى ديفيد (David, 2007) أن المراهق يتأثر بجماعة الرفاق ويتفاعل معهم ويشاركهم في أعمالهم ويفتخر بذلك، كما يبرز التنافس والولاء للجماعة وتناقص تأثير الوالدين عليه بالتدريج، ويزداد احتكاك المراهق بمجموعة الكبار ويتجه كل من الذكور والإناث نحو بني جنسهم، ويزداد شعوره بالمسؤولية وحبه لمساعدة الآخرين.

(5 – 8) اشباع الحاجات الاساسية للمراهق:

وحتى ندرك أهمية الدور الذي يقوم به العمل في حياة الفرد، علينا ان ننظر بعين الاعتبار الى الحاجات الاساسية للفرد. فالانسان لم يقم ببناء حضارته عبر السنين من فراغ. وانما كانت هناك عوامل أدت الى تقدم الحضارة والرقي الانساني عبر العصور. وقد اثبتت الدراسات والبحوث ان العمل ينطوي على العديد من الاشياء التي يحتاجها الفرد غير الأجر الذي يحصل عليه جراء العمل الذي يقوم به.

ومن وجهة النظر المهنية فقد نظم ماسلو الحاجات الأساسية للفرد ضمن هرمية تتوافق وقوة هذه الحاجات وفاعليتها. (Halonen & Santrock, 2009.) وتشتمل على كل من: الحاجات الفزيولوجية أو الأولية، والأمن، والحب والرعاية، والحاجة الى الانتماء، والاعتراف والتقدير، والحاجة الى المعلومات والفهم، والحاجة الى تحقيق الذات

(5 – 9) تحقيق الشخصية السوية للمراهق:

ان ما يميز الشخصية السوية عن الشخصية المضطربة او المنحرفة ليس هو في شكل السلوك او الافعال التي يقوم بها الفرد. وانما وظيفة هذا السلوك وما يحققه من اغراض واهداف. ان السلوك السوي هو السلوك الذي يحقق مواجهة واقعية للمشكلات او الصراع. وليس هروبا منه. وبالتالي فان الشخصية السوية هي تلك الشخصية التي يتميز سلوكها بالواقعية البناءة وليس السلوك الهروبي الهدام.

فالشخصية السوية للمراهق يصدر عنه سلوك أدائي Instrumental فعال، ويستخدم طاقاته من غير تبديد لجهوده. يتقبل الإحباط وضياع الأهداف، ويعيد توجيه طاقاته من تكوين توافقية بدرجة أكبر. لديه الأفكار والمشاعر والتصرفات التي تكون ملائمة. وهو قادر على التكيف والتعديل وعلى الافادة من الخبرة. وراغب في التعلم والتغير وتجريب الجديد باستمرار. ويشارك في الحياة الاجتماعية مع الآخرين ويستجيب لمطالبهم وحاجاتهم ويتقبلهم بوصفهم ذوات مستقلة. يتصف بتقديره لذاته وإدراكه لقيمتها وبالطمأنينة والأمن. وتقديره الواقعي لنواحي ضعفه ونواحي القوة فيه. ويستمد قدرته على الضبط والتحكم في سلوكه من تقديره الشخصي للأمور تقديرا مبنيا على موازنة النتائج وتمحيصها. لا يعيش منفردا على الارض وانما ضمن جماعات شكلت من نفسها مجتمعات يعتمد كل واحد منها على الآخر. وهو قادر على تكوين علاقات شخصية ايجابية مبنية على الثقة المتبادلة مع الآخرين. وعلى البذل والعطاء ضمن جماعته التي يتعايش معها. ويعمل للانسانية جميعا. ويضع نصب عينيه مستويات من النماء والرقي يسعى للوصول اليها.

والشخصية غير السوية للمراهقتنظر في كثير من الحالات بأنهاتخبر الألم النفسي وتشعر بعدم الارتياح من الناحية الذاتية والتوتر وعدم السعادة. وقد تحكم على الشخص بأنها شاذة ان كان سلوكها فيما يبدو غير معقول أو لا يمكن التنبؤ بها. ويمكن أنتعد شاذة او غير سوية إذا هي التمست العلاج طوعا أو كرها. ومن الممكن مقارنة سمات الشخص ذاته. ومدى انتشارها عند الأخرين. فان كانت هذه السمات غير شائعة، ولا تظهر عند معظم الناس الآخرين حكم على السمة بأنها منحرفة أو شاذة. (فهمي، 1995).

لقد حاول الباحثون التفريق بين السلوك السوي والسلوك الشاذ. فاستخدموا اكثر من معيار لتحديد هذا التقييم بالرغم من أن كل معيار من هذه المعايير يعاني نقصا يجعله غير صالح للاستخدام بمعزل عن المعايير الأخرى.

ويشير مفهوم الصحة النفسية إلى القاعدة الإحصائية المعروفة بالتوزيع الاعتدالي التي تقوم على التوزيع ذي الحدين، فيأخذ التوزيع خلال منحنى جرسي ويمثل درجة انتشار أو تكرار ظهور خاصية معينة بين أفراد مجموعة كبيرة من الناس. ويرى المعنيون بالنواحي الاجتماعية، إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية. ويشيرون في هذا الصدد إلى ان المجتمع يضم مجموعة من العادات والتقاليد. فإذا ما خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم اعتبر سلوكهم شاذا. والسلوك السوي هو السلوك التكيفي للفرد. وان السلوك الشاذ هو سلوك غير متكيف. وأن التكيف قد لا يكون سويا إذا عنى مثل هذا التكيف الخضوع للبيئة على حساب فردية الإنسان وابداعيته.

ونحن ننظر إلى الناس، ونلاحظ تصرفاتهم فنحكم عليها على أنها سوية. إذا كانت تنسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، وغير سوية إذا كانت تختلف عن أفكارنا وآرائنا. وان اكثر ما يكون السلوك سويا بالنسبة لنا. هو ما كان يتلاءم مع ما نرغب فيه من وجهة نظرنا الشخصية بينما يكون الشاذ نقيضه. وأن أفضل معيار لتحديد السلوك السوي من الشاذ، لا يكون في مدى تقبل المجتمع لسلوك معين أو رفضه له. وانما يكون في مدى ما يوفره هذا السلوك من نمو وتحقيق لإمكانات الفرد والجماعة.

ويرى علماء النفس الاكلينيكيون، بأن معظم الذين شخصوا كمرضى نفسيين يشعرون بالبؤس والقلق والاكتئاب وفقدان الشخصية. بالإضافة إلى أعراض مرضية مختلفة أخرى. وان القسر الذاتي كان هو المرض الوحيد بالنسبة إليهم. كما أن السلوك العصابي يظهر عاديا جدا للمراقب الخارجي العادي ولا يمكن الحكم عليه من مظاهره الخارجية. إلا ان بعض أشكال المرض تنطوي على قسر ذاتي كحالات المرض النفسي " الشخصية السيكوباتية " أو الانحرافات الخلقية. (عبد الغفار، 2007)

(5 – 10) استراتيجيات تكيف المراهق:

مهما حاول المراهق إخفاء الجوانب السلوكية او المظاهر الخارجية لانفعاله ليتصنع قدرا من الهدوء والثبات. أو يتجنب المواجهة والاعتراف. فان تعبيرات وجهه Facial Expression تنطق بما يعانيه هذا الفرد من حالات انفعالية. وتغيرات جسمية ونفسية نتيجة تعلرضه لضغوط Stress معينة في مواقف معينة. ويشير سيلي Selye (Brannon& Feist, 2009) الى طبيعة الموقف الضاغط الذي يواجه الفرد بأن ردود الفعل تجاهه انما تحدث في ثلاثة مراحل متميزة هي:

1) **مرحلة الإنذار:**

او التنبيه للموقف الضاغط بحيث يجهز الجسم نفسه لمواجهة الموقف الضاغط في إفراز هرمونات من الغدد الصماء مما يترتب عليها زيادة في كل من سرعة ضربات القلب ومعدل التنفس وتوتر في العضلات بالإضافة إلى زيادة نسبة السكر في الدم

2) **مرحلة المقاومة:**

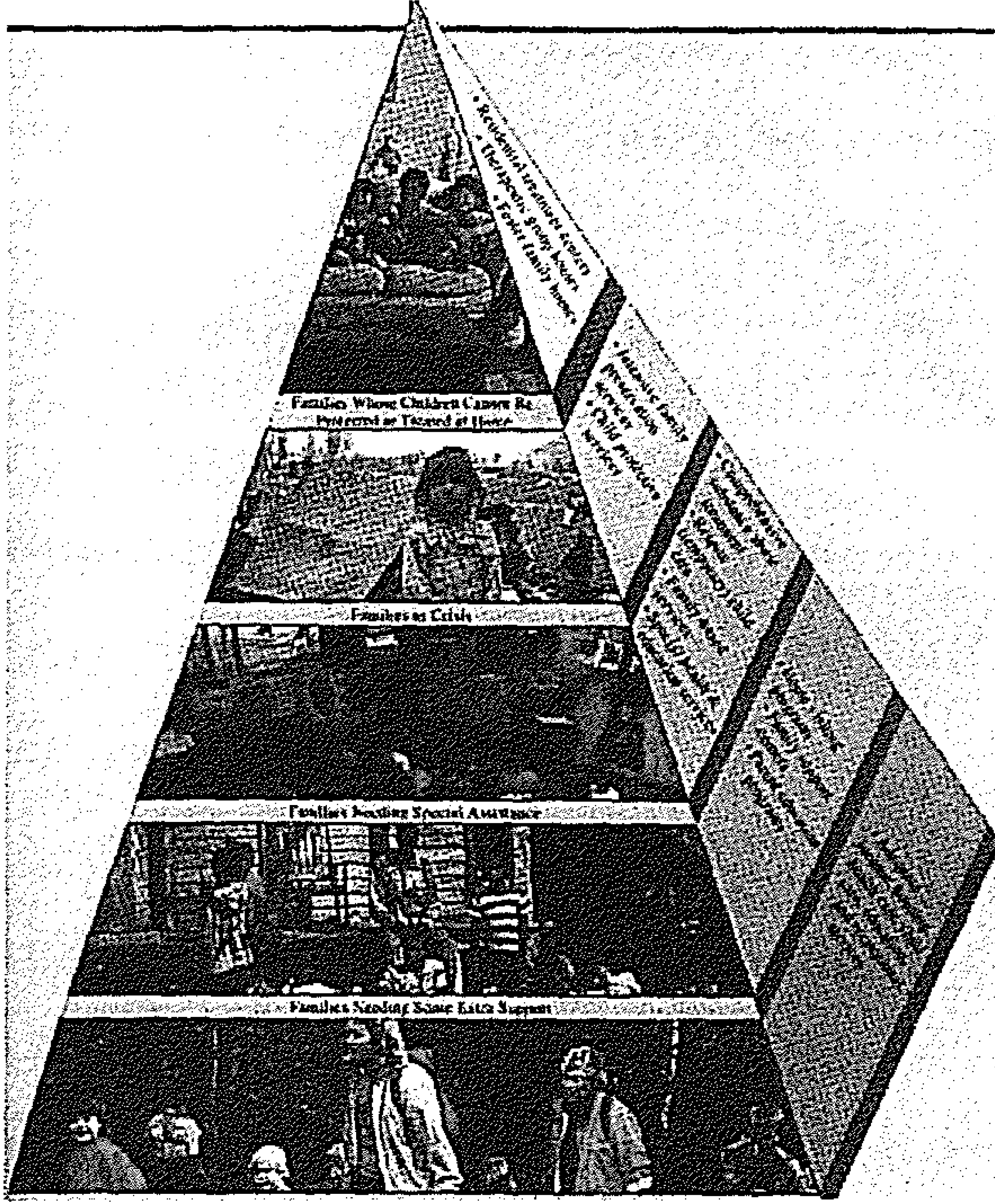
وفيها يحاول الجسم إصلاح ما سببته المرحلة الأولى من ضرر. فيشعر الشخص بالإجهاد والقلق محاولا مقاومة النتائج التي ترتبت على مواجهة الموقف الضاغط. فاذا ما حقق نجاحا وتغلب على الموقف الضاغط. فان الأمراض التي سببها الموقف الضاغط تزول.

3) **مرحلة الإنهاك:**

ولكن، اذا لم يستطع الشخص التغلب على الموقف الضاغط واستمر في معاناته لهذا الموقف فترة طويلة. فان قدرة الجسم على التكيف تصبح منهكة. وتضعف وسائل الدفاع والمقاومة وتعرضه لعدة أمراض منها: الصداع، ارتفاع ضغط الدم، القرحة، الأزمات القلبية، مما يشكل تهديدا لجسم الشخص لا يستطيع معه تحمل الموقف الضاغط ومقاومته.

ولما كانت انفعالات الفرد وتوتراته. تمثل استجابات تعتمد اساسا على ادراكه للمواقف الضاغطة. بحيث تشمل عددا من ردود الفعل الفزيولوجية والنفسية لمواجهة الموقف. فقد أشارت الدراسات العديدة على الدور الكبير الذي يلعبه الدماغ ممثلا بأجزائه الثلاثة: الهيبوثلاموس، والجهاز الطرفي، والفص الجبهي. في التحكم في حالات القلق والتوتر للفرد.

ونتيجة لتعرض الفرد لموقف ضاغط. تتغير قوة وسرعة ضربات القلب حسب الموقف الضاغط. وتتغير وظائف الكلية ونسبة الماء والاملاح في الجسم. ويزداد افراز الماء والاملاح ويكثر التبول. ويلاحظ أنه خلال عمليات الاجهاد النفسي، تزداد كثافة الدم. وتصبح امكانية الاصابة بالتجلط واردة. ويداد الجهاز العصبي توترا وتتحول الى تغيرات لا ارادية تحت الموقف الضاغط. ويسرع التنفس او يبطء. ويزداد عمقا او يصبح سطحيا تبعا للحالة الانفعالية المصاحبة للموقف الضاغط. ولحركات التنفس اثر بالغ في تغير نبرات الصوت وسرعة الكلام وشدته. وتنشط الغدتان المجاورتان للكليتين في الخوف والغضب والتهديد بخطر مفاجىء. فتفرز كميات كبيرة من الأدرينالين. ويزداد انتاج الكبد للسكر الذي يغذي العضلات. ويزيد من نشاطها. كما أن هناك علاقة قوية بين المواقف الضاغطة وكمية جريان الدم.



ولما كان القلق الناجم من مواقف الاحباط والصراع والكبت يمثل حالة غير سارة لدى الفرد. فقد استخدم فرويد Freud مصطلح ميكانزمات الدفاع Defense mechanism للاشارة الى العمليات اللاشعورية التي تحمي الفرد ضد القلق والتي يمكن تصنيفها في ثلاثة أساليب هي (ملحم، 2013):

- **أساليب الدفاع الهجومية:** وتشتمل على الأساليب التالية: التعويض الزائد Excessive compensation، التبريرRationalization، الاسقاط Projection، التقمصIdentification، النقل Replacement
- **الأساليب الانسحابية:** وتشتمل على اساليب: الانعزالية والانزواءIntroversion، التخيل وأحلام اليقظة Fantasy، النكوص Regression
- **الأساليب الاستعطافية:** وتشتمل على أساليب: الهستيريا Hysteria، الوسواسObsession، القهرCompulsion، الفوبيا أو المخاوف المرضي Phobia.

سادساً: مشكلات المراهقين وأساليب الارشاد فيها:

(6 – 1) كيف يتعلم المراهق السلوك المشكل:

تحدث العديد من علماء النفس عن الطفولة ومراحل نموها وما يواجهه الفرد من مشكلات خلال نموه وتطوره من مرحلة الى اخرى. وقد اعتبر جيزل Arnold Gesell (1880 – 1961م) اول من أوجد ظروفا منهجية لدراسة النمو. واستغل التصوير الفوتوغرافي والتصوير السينمائي والتسجيل الصوتي.. وغيرها من اجل تتبع نمو الفرد. وموازنة ذلك بين شخص وآخر. ومواقف الحرمان وآثارها على الأشخاص. وأجرى تجاربه على التوائم المتماثلة. فدرس خصائصها ودرس العلاقة بين النضج والتعلم. واستنتج من تجاربه تلك. انه لا يجوز أن يعلم الشخص أي شيء قبل الأوان. أي قبل اكتمال النضج الذي يساعده على التعلم.

تحدث جيزل عن النضج وقال بأن كلمة نضج Maturation تطلق على عمليات النمو التي تتمخض عن تغيرات منتظمة في سلوك الفرد. والتي تكون مستقلة استقلالا نسبيا عن أي تدريب أو خبرة سابقة (المليجي، والمليجي1993). مما يشير إلى وجود أنماط سلوكية تحدث نتيجة عملية نمو داخلية لا علاقة لها بالتدريب. أو أي عامل آخر خارجي. ولذلك، فان نمو الجنين رهن بسلامة البيئة في رحم الأم: ان النمو يسير طبقا للخطة الطبيعية على الرغم من التقلبات التي قد تعتري البيئة داخل رحم الأم. شريطة ألا تتجاوز هذه التقلبات حدا معينا. وأن النمو يسير في مراحله المتعاقبة دون ان يتأثر إلا قليلا بالمؤثرات البيئية. طالما ان البيئة توفر قدرا كافيا من الظروف اللازمة لاستمرار النمو. ويؤكد جيزل وأتباعه على أهمية العوامل الداخلية العضوية بالنسبة للنضج. وان النضج يحدث نتيجة لهذه العوامل وحدها بعيدا عن أي مؤثرات أخرى خارجية كالخبرة أو المران.

وتحدث سيرز Sears عن ثلاثة مراحل للنمو الإنساني هي:

1) **مرحلة السلوك البدائي (الفطري):**

وترتكز على الحاجات البيولوجية الأولية والتعلم في طور الطفولة المبكرة. وأهم حاجات الطفل في هذه المرحلة هي: الحاجة إلى الغذاء والراحة الجسمية. والحاجة للتخلص من الفضلات. الحاجة الاجتماعية. وتعلم السلوك العدواني. وأشار سيرز إلى العوامل الاجتماعية المؤثرة على النمو في هذه المرحلة بكل من: جنس الطفل، وترتيبه في الأسرة، وفارق السن بين الأطفال. وثقافة الأم. والمركز الاجتماعي للأم. وشخصية الأم.

2) مرحلة النظم الدافعية الثانوية (التعلم المتمركز في الأسرة):

ترتكز هذه المرحلة على التعلم المتمركز في الأسرة. وتشتمل هذه المرحلة الفترة من منتصف العام الثاني من عمر الطفل إلى سن المدرسة. حيث تستمر الحاجات الأولية في دفع سلوك الطفل. غير أنها تتشكل تدريجيا لتصبح تعلما اجتماعيا متكرر التعزيز أو دوافع ثانوية. وتحدث عن أسلوب التنشئة الاجتماعية في هذه المرحلة مشيرا إلى إنها تعتمد على إحدى طريقتين هما: المكافآت والعقاب. والتقليد والمحاكاة. وتحدث سيرز عن الأشياء التي يتعلمها الطفل في هذه المرحلة والتي تتضمن: الفطام، والتدريب على التخلص من الفضلات، وتعلم التحشم الجنسي، والتحكم في السلوك العدواني، وتحديد النمط الجنسي، وتعلم السلوك المستقل.

3) مرحلة النظم الدافعية الثانوية (التعلم المتمركز أبعد من الأسرة):

ترتكز هذه المرحلة على التعلم أبعد من الأسرة. ففي الوقت الذي يصبح الطفل فيه مستعدا للذهاب إلى المدرسة من حيث السن والنمو. فانه يكون مستعدا للاعتراف من عالم يقع خارج نطاق الأسرة. وتتميز هذه المرحلة بكل من: انخفاض الاعتمادية، وازدياد القدرة على التقمص.

واهتم فرويد بطبيعة العلاقة بين الطفل والكبار المحيطين به. واعتبر ان علاقة الطفل بأمه وعلاقته بعد ذلك بأبيه هي التي تحدد شخصيته. من حيث السواء او عدمه. (Papalia & Olds, 2006) ووفقا لفرويد، فانه اذا لم تشبع الحوافز الجنسية. فان الطاقة النفسية تزيد الضغط كما يحدث للمياه المندفعة في أنبوبة بدون صمام مفتوح. وربما تزيد الصراعات من التوتر. ولكي يعمل الناس بطريقة عادية لا بد من اختزال هذا الضغط. فإذا لم يفرغ فان الأنبوبة مع مرور الوقت تنفجر عند أضعف نقطة فيها ويظهر الناس السلوك الشاذ. مشيرا إلى أن الشخصية الإنسانية تتشكل من ثلاثة مكونات هي: الهو Id، والأنا Ego، والأنا العليا Superego. وتتنافس هذه العناصر باستمرار من أجل الطاقة النفسية المتاحة. وكلما كانت الصراعات شديدة كانت الطاقة النفسية المطلوبة لحل هذه الصراعات أكثر وتبقى الطاقة النفسية الأقل للعمليات العقلية العليا مثل التفكير المنطقي والابتكار. ولأن الأنا تعرف خطر التعبير عن الدوافع البدائية فهي تعاني من القلق عندما يضغط الهو عليها بهذه الدوافع. ولتخفيف حدة القلق يمكن للانا أن تبعد هذه الدوافع عن الوعي وتوجهها إلى أساليب مقبولة أو تعبر عنها مباشرة. وعندما يستسلم الأنا للهو فان الأنا العليا تعاقب الذات عن طريق توليد الإحساس بالذنب والدونية. وفي محاولة التوفيق بين الهو والأنا العليا والدوافع فان الأنا تنمي الحيل الدفاعية Defense Mechanism التي هي أنماط السلوك التي تخفف التوتر. (Grace & Marguerite, 1995)

وقدم اريكسون في نظريته ثماني مراحل متتابعة من مراحل النمو تقع المراحل الأربعة الأولى منها في دور الطفولة لتشمل مراحل المهد، والطفولة المبكرة، والطفولة المتوسطة، والمتأخرة. وتقع المراحل الأربع التالية في دور البلوغ. لتشمل المراهقة والرشد، ومنتصف العمر، والشيخوخة. وقد تعمد اريكسون ان يصف كل مرحلة بكلمة حاسة. لأن الفرد النامي يناضل في سبيل السيطرة على الحالة المرحلية. أو تحقيق إحساس إيجابي ب " أي صورة من الصور المرتبطة بحالته في هذه النقطة الخاصة عن طريق النمو. ومراحل النمو عند اريكسون هي (Berk, 2007):

المرحلة الأولى: اكتساب حاسة الثقة الأساسية مع التغلب على حاسة الشك Sense of trust Vs. Mistrust (لتحقيق الأمل):

يرى أريكسون انه بعد حياة نظامية رتيبة محوطة بالدفء والحماية داخل رحم الأم. يواجه الطفل مع الولادة في أول التقاء له بالعالم الخارجي. فيتكون لديه إحساس بالترقب من خلال مزيج من الثقة والشك. وتصبح حاسة الثقة الأساسية لديه في مقابل حاسة الشك الأساسي هي النقطة الحرجة في مرحلة نموه الأولى. مما يتطلب من الوليد شعورا بالراحة الجسمية والحد الأدنى من تجربة الخوف وعدم التأكد. وإذا ما توفر له ذلك فانه سيبسط ثقته إلى تجارب جديدة وتساعده على النمو نفسيا. وعلى تقبل الخبرات الجديدة. برضاه. ومن ناحية أخرى. تنشأ حاسة الشك من الخبرات الجسمية والنفسية غير المرضية وتؤدي إلى الخوف من توقع المواقف المستقبلة.

المرحلة الثانية: اكتساب حاسة الاستقلال الذاتي ومكافحة حاسة الشك والخجل (لتحقيق الإرادة) Sense of Autonomy Vs. Shame & Doubt:

يبدأ الطفل فيما بين الشهر الثاني عشر أو الخامس عشر وحتى نهاية السنة الثالثة في تأسيس المكون التالي للشخصية السليمة. حيث تنصرف معظم طاقاته نحو تأكيد ذاته من حيث هو إنسان له عقل وارادة خاصة به. ويتضح ولع الأطفال بالاستطلاع ويصبح الطفل اقل اعتمادا على الأخرين واكثر استقلالا بنفسه. ومع ذلك فهو قادر على ان يستخدم مساعدة الآخرين وتوجيههم في المسائل الهامة. وحدد اريكسون واجبات هذه المرحلة بالتآزر والتوافق لعدد من أنماط الحركة والفعل المتصارعة المختلفة: كالإمساك بشيء وتركه، والمشي، والكلام، والقبض على الأشياء وتناولها بطرق معقدة. ويصاحب هذه القدرات وينشأ عنها حاجات أساسية تدفع الفرد لأن يستخدمها في الارتياد والكشف والامساك بشيء والاحتفاظ والنبذ أو الهجر. ويصحب كل هذا إرادة مسيطرة هي "أنا أفضل".

المرحلة الثالثة: اكتساب حاسة المبادأة مقابل التغلب على الإحساس بالذنب Sense of Initiative Vs. Guilt:

وفي هذه المرحلة يأخذ سلوك الطفل شكل المبادأة من جانبه والمشاركة بفعالية في عالم مجتمعه. ويجعله نشطا قوي العزيمة للسيطرة على بعض المهام. فيقوم بتحمل مسؤولية نفسه. وكذلك ما يضمه عالمه الخاص (لعبه، أدواته، وحيواناته...الخ). ولهذا فان الطفل في هذه المرحلة يرى بوضوح انه قادر على ان يعمل أنواعا معينة من الأشياء. وان يلاحظ باهتمام بالغ ما يعمله الراشدون من حوله ويحاول ان يقلد سلوكهم ويرغب في ان يشارك في أنواع أنشطتهم.

المرحلة الرابعة: اكتساب حاسة الاجتهاد "الإنجاز" مقابل تجنب الإحساس بالنقص. Sense of Mastery Vs. Inferiority:

تمتد هذه المرحلة النمائية من السنة السادسة من العمر وحتى سن الحادية عشرة او الثانية عشرة من العمر. وقد أطلق اريكسون على هذه المرحلة بمرحلة حاسة الاجتهاد لأن الطفل نتيجة احتكاكه بتجارب جديدة كثيرة سرعان ما يدرك انه في حاجة إلى أن يجد له مكانا بين الأطفال الآخرين الذين هم في سنه. ولذلك فانه يوجه كل طاقاته نحو معالجة المشاكل الاجتماعية المحيطة به. والتي يحاول ان يسيطر عليها بنجاح حتى لا يكون متخلفا عن رفاق سنه أو اقل منهم... بل له مكان بارز بينهم. حيث يوجه الطفل في هذه المرحلة نشاطا متزايدا لتحديد مكانته بين رفاقه. فيبذل كل جهد ممكن في الإنتاج والعمل وسط رفاقه في المدرسة. او الفصل.. الخ. خوفا من أن يصبح إنتاجه وعمله في مستوى اقل من مستوى عمل رفاقه. وإنتاجهم. ويصبح الخوف من هذا المستوى الأقل في الجودة سببا في خوف مستمر يدفعه للعمل الأفضل حتى لا ينظر إليه الكبار على انه ما زال طفلا او شخصا غير كامل.

المرحلة الخامسة: اكتساب الإحساس بالهوية مقابل التغلب على الإحساس بانتشار الهوية (الضياع) Sense of Identity Vs. Confusion:

تمتد هذه المرحلة من العمر بين: 11 - 20 سنة. حيث يتلو الكمون الشديد في المرحلة السابقة زوبعة النمو في هذه المرحلة... والتي تعتبر اعنف ما يواجه الفرد في مراحل تطوره ونموه. فالجسد يعود مرة أخري ليقحم نفسه على الوجود من خلال نموه المفاجئ في الشكل والحجم. علاوة على التغيرات الكيميائية التي تصيب الشاب بهزة في كيانه تجعله يفقد التعرف على نفسه وتبرز مشكلة الهوية التي تكون جوهر الصراع في هذه المرحلة من حياته.

المرحلة السادسة: اكتساب حاسة الألفة والتكامل مقابل تجنب الإحساس بالعزلة له. Sense of Intimacy Vs. Isolation:

في هذه المرحلة يبدأ الفرد حياته كعنصر كامل في المجتمع. فقد حان الوقت الذي يستقر فيه استقرارا جادا للقيام بمهمة المشاركة الكاملة في مجتمعه. فتحقيق النضج النفسي يتطلب نموا اجتماعيا نفسيا للزواج أو العمل بمهنة خاصة. مما حدا باريكسون ان يطلق على هذه المرحلة اسم مرحلة الإحساس بالألفة لأن النضج النفسي يتطلب ألفة اجتماعية مع شريك الجنس الآخر ليتمكن من اختيار شريك في العلاقات الزوجية باعتباره إنسانا وكائنا اجتماعيا.

المرحلة السابعة: مرحلة اكتساب الإحساس بالإنتاج مقابل الإحساس بالانهماك. Sense of Generatively Vs. Stagnation (الركود):

تعد هذه المرحلة من اطول مراحل العمر وأكثرها خصوبة وعطاء. فبعد ان يمارس الإنسان اختياره في مجال الحب والعمل يتزوج ويرسخ اساس الاستقرار الأسرى ويختار العمل الذي يستطيع من خلاله من ان يحقق ذاته ويصل الى نقطة يسأل فيها - وماذا بعد؟. فهذه المرحلة تشتمل على تأسيس وحدة اسرية جديدة تقوم على الثقة المتبادلة والألفة. واعداد منزل جديد للبدء بدورة جديدة للنمو. ومن خلال الرباط الزواجي يصلح الفرد لضمان الرعاية والنمو للجيل الجديد الذي يثمر عنه الزواج.

المرحلة الثامنة: اكتساب حاسة التكامل مقابل الإحساس باليأس. Sense of integration Vs. Despair:

تمثل هذه المرحلة نهاية المطاف لدورة حياة الإنسان. حيث تخبو بالتدريج طاقاته وقدرته على الإنتاج. بعد ان يكون قد ضمن النمو للجيل الجديد. واكتسب رؤية اكمل لدورته وحقق كل ما يصبو اليه من ثقة وتكامل. مما يهيئ له حلا ناجحا لإحساسه باليأس من عدم جدواه كانسان منتج ويتولد عن هذا الاستقطاب إحساس الحكمة وتكوين فلسفة جديدة للحياة. وان هذا الإحساس بالتكامل والشمول هو الذي يجعله لا يخاف الموت ويتقبله على انه نتيجة طبيعية لاستكمال دورة الحياة.

وتعتبر نظرية بياجيه من أكثر نظريات النمو المعرفي شيوعا في ميادين علم النفس ومن أكثرها تأثيرا في المنحى المعرفي (العقلي) للتعلم. مشيرا إلى دراسة الاستعداد التطوري أو تطور القدرة على التفكير من أول مكونات السلوك القبلي ومن نظريات التعلم الحديثة. وأنت كمعلم يجب أن تواجه الطفل بمشكلات تتطلب أعمالا عقلية تناسب مرحلة تطوره المعرفي كما يجب ألا تمنعه من ممارسة الأعمال العقلية التي تؤهل نموه المعرفي والتي قد تكون أرقى من مرحلة النمو

المعرفي التي ينتمي إليها. ولهذا، فقد قسم بياجيه النمو العقلي إلى مراحل معينة تتسم كل منها بمقدرات عقلية تيسر انتماءه للعالم المحيط به.

يرى بياجيه أن كلا من عمليتي التمثل والملاءمة مسئولتان عن عملية التكيف العام للكائن أو ما أسماه بعملية استعادة التوازن Equilibrium التي تتطلب التوازن بين التمثل والملاءمة. وعندما يواجه الفرد موقفا تعلميا جديدا يحدث لديه اختلال في التوازن بين بناء العقلية الداخلية وعناصر البيئة الخارجية الجديدة وهنا لا بد من حدوث عملية التفاعل التي يتم بموجبها تعديل وتغيير بناء العقلية وأنماطه المعرفية السائدة (الاستراتيجيات المختزنة) حتى يتكيف الفرد لمطالب البيئة الخارجية (الملاءمة). والتكيف مع البيئة باستخدام ما لدى الفرد من البنى العقلية أو الاستراتيجيات (التمثل)

ولقد حاول عدد من علماء نظريات معالجة المعلومات تطوير وتعديل نظرية بياجيه في النمو المعرفي واطلقوا على انفسهم "البياجيون الجدد" مركزيم جهودهم على ثلاثة نقاط هامة هي:

- المحافظة على الجوانب الاساسية لنظرية بياجيه التقليدية.
- تطوير الجوانب التي كانت بحاجة الى مزيد من البحث والاستقصاء.
- تعديل بعض الجوانب في نظرية بياجيه بحيث تصبح متسقة مع الأبحاث التجريبية الحالية.

وبالرغم من عدم اتفاقهم على عدد من النقاط التي وردت في نظرية بياجيه للنمو المعرفي الا انهم اتفقوا على خمسة مبادىء رئيسية تم استخلاصها من نظرية بياجيه الأساسية ونادوا بضرورة المحافظة على تلك المبادىء وهي:

- التركيز على الخصائص التنظيمية للأجزاء التركيبية المختلفة للمعرفة. ومثال ذلك، مفهوم المخططات، ومراحل التطور المعرفي التي أشار اليها بياجيه"بياجي"
- ان البنى المعرفية تنتج عن الدور النشط الفعال الذي يقوم به المتعلم الذي يبني معرفته وينظمها بنفسه. أكثر من كونه ناتجة عن نسخ او تسجيل المتعلم حرفيا للمعلومات. ومن هنا فان تطوير المتعلم للتراكيب المعرفية يفترض ان يكون ناتجا عن بناء واعادة الخبرة التي يمر بها.
- تصبح هذه البنى المعرفية معقدة بشكل متزايد من خلال التفاعل بين النضج والخبرة في عملية بناء دورية للمعرفة Cyclical knowledge building process
- التأكيد على ان المستويات عالية التجريد تعتمد على المستويات المعرفية الأقل تعقيدا وتبنى عليها وتعدلها.

- تظهر التحولات Transformations أو المستويات في نوعية المعرفة في ترتيب عالمي مرتبط بالعمر ولكن العمر لا يحدده.

الا ان البياجيين الجدد وعلى رأسهم كيس طوروا عدة جوانب من نظرية بياجيه المعرفية. فقد ركز البياجيون الجدد على العلاقة بين التعلم والتطور على اعتبار ان التعلم عملية تمثل للمحتوى الجديد. او المثيرات الجديدة في البنى المعرفية الموجودة سلفا. واتخذوا من اعمال بياجيه الاخيرة اساسا وقاعدة لفهم كيفية عمل هذه العمليات التطورية المعرفية عندما يستجيب الفرد لخبرات معينة ويتأمل بها. ويرى البياجيون الجدد ان التغيرات البنائية الديناميكية وعدم الانتظام Unevenness في التطور ضمن المجالات المختلفة عند اي شخص هي قاعدة اكثر من كونها استثناء. كما طور البياجيون الجدد مفهوم بياجيه بالانتشار الرأسي Vertical decal age الذي يشير الى ان الاطفال يكررون خصائص التفكير في مستويات اعلى لاحقة. الى مفهوم اكثر قوة واطلقوا عليه اسم التلخيص الدائري Cyclic recapitulation او التدوير خلال المستويات ويتضمن ذلك عنصرين هما (ابو غزال، 2006):

- هناك تقدم في تطور التفكير خلال نفس العدد من الخطوات البنائية الصغيرة في كل مرحلة رئيسية
- هذه الخطوات الصغيرة تنشأ بنفس التتابع او التسلسل ضمن كل مرحلة رئيسية او مستوى.

وقدم واطسون Watson نظريته السلوكية منذ العام 1924 والتي عرفت آنذاك بنظرية التعلم. اعتبر فيه ان التفكير بمثابة كلام الفرد إلى نفسه. أو هو الكلام ناقص الحركة. وحاول تفسير السلوك اللفظي في ضوء تشكيل العادات. وتدخل المعززات المختلفة بين المثيرات والاستجابات لإحداث التشريط. وبناء على ذلك. فان اللغة تمثل استجابات يصدرها الكائن ردا على مثيرات تأخذ شكل السلوك الخاضع للملاحظة المباشرة. وقدم بافلوف مبادئه في التعلم الشرطي موضحا ان الاستجابات اللفظية عندما تدعم (تعزز) تميل الى التكرار شأنها شأن بقية الاستجابات.

ويعد سكينر Skinner أبو النظرية الاشتراطية الإجرائية الذي استخدمها في تفسيره لاكتساب اللغة. واعتبر اللغة فصل من فصول التعلم. وان كافة أنماط التعلم بما فيها اللغة تخضع للتغير الذي يضعه التعلم الإجرائي من الاستجابات الإجرائية التي يليها تعزيز تستمر. أما تلك التي لا يليها تعزيز تتلاشى. وان هذا التعزيز مصدره أولئك الذين يحيطون بالطفل ويأتي على شكل ابتسامات وضحكات وأصوات التشجيع والأحضان.

وضع سكينر نظاما للتعزيزReinforcement وهو إجراء يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية، أو الشي الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة (Repp, 1983) والتعزيز يعرف وظيفيا من خلال نتائجه على السلوك. وأشار الى عدد من العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز. مثل: فورية التعزيز: Immediacy of Reinforcement؛ وانتظام التعزيز: Consistency of Reinforcement؛ وكميته ومستوى الحرمان - الإشباع: Deprivation - Satiation Level، ودرجة صعوبة السلوك: Complexity of Behavior والتنويع: Variation في استخدام المعززات.

وأكد باندورا (Bandura, 1977) على دور التعلم من خلال الملاحظة Observational learning مفترضا أن الأطفال ترتقي لغتهم بصفة أساسية بتقليد المفردات والتراكيب اللغوية التي يستخدمها الآباء والآخرون في الحياة العادية. فصاغ باندورا نظريته في التعلم الاجتماعي بناءا على عدد من الافتراضات التي شكلت بدورها محاور أساسية للنظرية. أشار فيها الى أن معظم أنماط التعلم الإنساني تحدث من خلال الملاحظة والتقفليد والمحاكاة. ويصبح التعلم الإنساني بطيئا وغير عملي وخطر في الوقت نفسه. إذا اعتمد كلية على الخبرات المباشرة أو على ناتج سلوكنا. وأن التعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة يقوم على عمليات من الانتباه القصدي بدقة تكفي لاستعمال المعلومات والرموز والاستجابات المراد تعلمها في المجال المعرفي الادراكي للفرد. وأن تأثير عملية النمذجة أو التعلم بالملاحظة أو الاقتداء بالنموذج بعدة عوامل بعضها يرجع إلى الفرد الملاحظ وبعضها يرجع إلى النموذج الملاحظ. وبعضها الآخر الى الظروف البيئية او المحددة الموقفية التي تتم فيها ومن خلالها عملية النمذجة.

لقد تأثرت بحوث النمو الخلقي بعدد من النظريات السيكولوجية من أبرزها نظريات التحليل النفسي والنظرية السلوكية أو التعلم الاجتماعي ونظريات النمو المعرفية. وبالنظر إلى تلك النظريات. نرى ان فرويد مثلا ربط بين الغرائز الجنسية وبين الحاجات الانفعالية. وعالج النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. وفكرة الإثم. وأكدت نظرية التعلم على أهمية الحاجات البيولوجية وإشباعها. واعتقد أصحاب نظريات التعلم ان النمذجة والاستجابات السلوكية المتعلمة هي التي تحدد النمو الخلقي والاجتماعي (Aronfreed, 2006).

فقد ربطت نظرية التحليل النفسي بين الغرائز الجنسية وبين الحاجات الانفعالية. وعالجت موضوع النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. فالأنا العليا الذي يمثل معايير الراشدين. ينمو من خلال التوحد مع الوالد من نفس الجنس وان المجتمع يضمن بقاءه من خلال التقمص او التوحد الذاتي بفرض معاييره على الفرد الذي ينقل هذه المعايير إلى الجيل الذي يليه. فكل من

الأولاد والبنات الذين يتوحدون مع الوالد من نفس الجنس بسبب الخوف أو القلق على السلوك (فقدان الحب أو العدوانية).

وطبقا لنظرية التعلم الاجتماعي. فان السلوك. فان السلوك الأخلاقي مكتسب من خلال الآليات الكثيرة من السلوكيات. وهي التعلم (Gewirtz, 1999). او النمذجة والتقليد الأخلاقي. ويرى أصحاب نظريات التعلم الاجتماعي ان مفهوم التحليل النفسي للتوحد مطابق لمفهوم نظرية التعلم الاجتماعي بشأن التقليد. وان التوحد يحدث عندما يطابق سلوك الشخص سلوك النموذج. وطبقا لنظريات التعلم الاجتماعي. فان التوحد والتقمص هما عملية مستمرة لاكتساب الاستجابات وتعديلها.

وطور لورانس كولبرج Lawrence Kolberg (1927 - 1987) تصور بياجيه عن نوعي الأخلاقية وقدم تصوره الخاص عن ست مراحل لنمو التفكير الخلقي يمكن تصنيفها الى ثلاث مستويات. تبدأ من منظور التمركز حول الذات. ثم المنظور الاجتماعي وأخيرا المنظور الإنساني العالمي. كما سعى الى تقديم استبصار أكبر بأثر القوى الاجتماعية والخبرة على النمو الخلقي. وكان اتجاه كولبرج في فهم استجابات الأفراد للمشكلات الخلقية شأنه شأن بياجيه يعتمد على تحليل الأبنية العقلية وأنماط التفكير الكامنة وراءها (Gormly, 2007).

(6 – 2) العوامل المؤدية الى ظهور السلوك المشكل للمراهق:

لا شك بأن التغيرات التي تحدث للمراهق في هذه المرحلة تستدعي السعي نحو تحقيق اهدافه واشباع رغباته الملحة. من اجل الوصل الى مرحلة تكيفية جديدة. وخلال محاولاته المستمرة لتحقيق التكيف المأمول تظهر مشكلات عديدة له سعى الباحثون عبر فترات طويلة من الزمن للحد من ظهورها وايجاد الوسائل المناسبة لحلها (Paulson, 1999).

وهناك العديد من الاسباب والعوامل التي تجعل من المراهق يواجه العديد من المشكلات. وتجعل هذه المرحلة بالنسبة له مرحلة حرجة.

1) عدم الاستقلال الاقتصادي:

يلاحظ على الفرد في مرحلة المراهقة اعتماده على والديه وغيرهم من الكبار خاصة ما يتعلق منه بالجوانب المالية. ولم يحصل بعد على الاستقلال الاقتصادي الذي يساعده في حل كثير من مشكلاته.

2) الصراعات الداخلية:

وهي تلك الصراعات التي تطرأ من انتقال المراهق من مرحلة الطفولة الى مرحلة المراهقة. وبالرغم من محاولات المراهق المستمرة في تحقيق استقلاليته وتحمل المسؤولية. الا انه

يبقى محتاجا الى مساعدة الاخرين له. ويستمر في طلب المساعدة من اجل تحقيق أمنه وطمأنينته.

3) الضغوط الاجتماعية:

والمراهق في هذه المرحلة عليه ان يفكر لنفسه. ويختار ويحقق لذاته. ضمن سلوكيات الجماعة ومعاييرها. والمراهق في هذه المرحلة ايضا يسعى لتحقيق ميوله واشباع حاجاته ضمن هذه المعايير.

4) الاختيارات والقرارات:

وعلى المراهق ان يتخذ القرارات الحيوية التي تحدد مستقبل حياته. خاصة تلك القرارات التي ترتبط بتعليمه، أو اختيار مهنته، أو ما يتعلق بالزواج وتكوين اسرة، أو ممارسة بعض الهوايات وتكوين صداقاته...... الخ.

5) عدم الوضوح:

فالغموض الذي يكتنف الكبار من اباء ومربين حول عدد من المفاهيم التي يسعى المراهق لتحقيقها في هذه المرحلة مثل السلطة والحرية والنظام والطاعة والديمقراطية.. وغيرها. وعدم قدرة هؤلاء الكبار ايصالها الى أبنائهم مما يحدث تشويشا واختلافا واضحا في وجهات نظر الطرفين (الكبار وأبنائهم).

وحدد كل من بلير وآخرون (Blair, et al, 2005) أسباب حدوث المشكلات لدى المراهقين بما يلي:

- بسبب الحالة الغامضة التي يعيشها المراهق من كونه ليس طفلا أو راشدا. فانه غالبا ما يجد نفسه متورطا في صراعات انفعالية مع الأطفال الأصغر منه سنا داخل الاسرة. أو مع الوالدين والمدرسين وأفراد المجتمع الاخرين.
- ومن أجل تحقيق هدفه كي يكون راشدا. فانه يشعر بعدم فهم ما يحيط حوله خاصة وأنه لم يعط بعد المسؤولية الكافية لتحقيق أعماله الخاصة.
- وخلال مرحلة المراهقة التي يمر بها الفرد. تظهر لديه حساسية شديدة في نظرته لعيوبه الشخصية ونواحي النقص او القصور التي قد يعاني منه. مما تشعره بالخطر نتيجة ذلك.
- وتكشف الدراسات المرتبطة بمشكلات المراهقين ان الجنوح والمشكلات الانفعالية تصل في هذه المرحلة الى ذروتها لدى المراهقين.
- ويمكن للمعلمين مساعدة المراهقين للتخلص من مشكلاتهم التي يعانون منها وذلك باعطائهم دراسات تزيد من مستوى رضاهم وتشبع حاجاتهم. سيما وأنهم يعاملون كأطفال

صغار من قبل والديهم. كما يمكن لهؤلاء المعلمين. توجيه أولياء الامور نحو أساليب المعاملة المناسبة للمراهقين. من أجل التوافق النفسي والاجتماعي في حياتهم.

- وللمراهق مشكلاته الخاصة به. والتي لم تكن موجودة عنده عندما كان طفلا. كما ان هذه المشكلات تختلف الى حد ما عندما يصبح راشدا. وان على المربين واولياء الامور تحقيق مطالب النمو للمراهق كي يحقق المراهق اشباعها.
- وعندما يتم احداث التوازن والتوافق في حياة المراهق فان وجود العديد من المشكلات التي تحدث في فترة المراهقة لا مبرر لها.

(6 – 3) حاجات المراهق ورعايته:

أجرى الباحثون دراسات مستفيضة حول حول حاجات المراهق الأساسية. معتمدين في ذلك على التحليل الطبيعي لتاريخ حياة المراهق، والدراسات التحليلية المستفيضة. ودراسة مشكلات المراهقين في مناطق مختلفة ومجتمعات متباينة. وأوضحت هذه الدراسات ان حاجات المراهق يمكن تصنيفها في ثلاث فئات هي:

- **الحاجات العضوية:** كالحاجة الى الطعام والشراب والراحة والجنس
- **الحاجات النفسية:** كالحاجة الى الشعور بالأمن النفسي والحاجة الى تأكيد الذات والاستقلال والانجاز
- **الحاجات الاجتماعية:** مثل الحاجة الى الانتماء والحاجة الى العطف والى الاصدقاء والى المكانة الاجتماعية

لقد تحدث عنه ماسلو في هرميته عن الحاجات الأساسية للفرد كنتيجة للدراسات المستفيضة التي قام بها علماء النفس على ان الاحتياجات تنظم نفسها حسب نظام أولويات Priorities معين. فاذا ما اشبع الانسان رغباته واحتياجاته الدنيا فانه يرتقي الى اشباع احتياجاته الكامنة على المستويات الوسطى والعليا. بمعنى ان المراهق يؤجل عملية من شأنها محاولة اشباع احتياجاته العليا قبل اشباع جميع احتياجاته البدائية الدنيا. وتندرج الاحتياجات الانسانية حسب هرمية ماسلو بالتوالي في خمس مستويات هي: (Halonen & Santrock, 2009)

1) الاحتياجات الفيزيولوجية الأساسية Basic physiological needs:

وتقع هذه الاحتياجات على أدنى درجات السلم وتتضمن احتياجات الفرد المحددة كالأكل والمشرب والملبس.. وغيرها.

2) احتياجات الأمان Safety needs:

ويعمل على حماية نفسه من اخطار البيئة الطبيعية. فاذا ما اشبع احتياجاته الفيزيولوجية. فانه يأخذ الاجراءات التي تضمن له السلامة من الأخطار الخارجية.

3) احتياجات الحب والحنان والخدمة الاجتماعية Love, Affection & Social needs:

فالانسان اجتماعي بطبيعته يكره العزلة والانفراد. ومن أجل ذلك فانه يقوم بتكوين اسرته وعشيرته وامته ويعمل كل ما في وسعه من اجل المحافظة عليها. وهو بالتالي يؤثر على مجتمعه ويتأثر به.

4) احترام وتقدير الذات Self esteem & Self respect:

ويسعى الانسان دائما من أجل الحصول على تقدير الآخرين واحترامهم. فهو بحاجة الى الشعور بأنه ذو قيمة واحترام في المجتمع الذي يعيش فيه. وأن أعضاء ذلك المجتمع أفراد ذو قيمة يجدر احترامه.

5) تحقيق الذات والكياسة في العمل Self actualization & Accomplishment:

وتعبر هذه الاحتياجات عن المقدرة على القيام بالعمل والكياسة في الانجاز. وتقع هذه الحاجة في أعلى درجات سلم الاولويات. وتعد ارقى الاحتياجات الانسانية وأسماها وأقلها تحديدا.

وقام ماكيلاند (McCelland, 1991) بدراسات مستفيضة حول الحاجة للانجاز ووجد أن حافز الانجاز لا يوجد الا في 10٪ من مجموع سكان الولايات المتحدة الأمريكية رغم ان معظم الناس تدعي امتلاكه. مشيرا الى ان حاجة الانجاز تتكون من عدة عوامل بما فيها طفولة الفرد وخبراته المهنية ونوع المؤسسة التي يعمل بها. وأن ذوي الانجازات العالية يتميزون بالخصائص والصفات التالية:

- انهم يميلون الى الحالات والمواقف التي تعطي لهم فيها المسؤولية الشخصية في تحليل المشاكل وايجاد الحلول لها.
- انهم يميلون الى المخاطرة المتوسطة بدلا من المخاطر العليا او الدنيا.
- انهم يرغبون بالتغذية العكسية لانجازاتهم ليكونوا على علم بمستوى انجازهم. ونتيجة انجازهم.

ونتيجة للدراسات المستفيضة التي قام ماكليلاند بتنمية دوافع الانجاز لدى الأفراد فقد اقترح اربع خطوات من اجل تحقيق ذلك. هي:

- ان يسعى الفرد الى الحصول على التغذية المرتدة. من اجل تعزيز نجاحه ودفعه الى نجاح أكبر.
- ان يختار الفرد الاشخاص الذين عرفوا بانجازاتهم ومحاولة التشبيه بهم.
- ان يسعى الفرد الى تعديل انطباعه عن نفسه من خلال تصور يضع فيه نفسه مكان شخص آخر بحاجة للنجاح.
- ان يحاول التحكم في "أحلام اليقظة" وأن يتحدث مع نفسه بصورة ايجابية.

اما كول Cole فقد تضمنت قائمته للحاجات البنود الرئيسية التالية:

- الحاجة الى المحافظة على الذات: وتتمثل في الحاجة للمحافظة على الحياة والراحة وتجنب الأخطار.
- الحاجة الى الاشباع الجنسي: وتشمل الحاجة لتقبل النضج الجنسي دون خوف والحاجة للتنفيس عن الدوافع الجنسية.
- الحاجة الى العطف والقبول من الآخرين: وتتمثل في الحاجة الى امتلاك الاشياء وان تكون له سمعة طيبة.
- الحاجة الى النضج العقلي: وتتمثل في الحاجة الى المعرفة والبحث عن الحقائق والتعبير عن الذات.
- الحاجة الى تأكيد الذات وتنميتها: وتتمثل في الحاجة الى اثبات نفسه وتحقيق نزعته نحو الاستقلال والاعتماد على الذات وتنمية ثقته بنفسه.

وقد وضع الباحثون معايير محددة للتعبير عن السلوك السوي أو غير السوي. فقد يتخذ الفرد من نفسه إطارا مرجعيا يرجع إليه في الحكم على سلوكه بالسوية أو اللاسوية. وقد يتخذ من مسايرة المعايير الاجتماعية أساسا للحكم على السلوك السوي بالسوية أو اللاسوية والسوي هنا من كان متكيفا مع الجماعة واللاسوية هو غير المتكيف معها. وقد يتخذ من المتوسط او المنوال أو الشائع معيارا يمثل سوية السلوك لديه بينما تكون اللاسوية في السلوك هي الانحراف عن هذا المتوسط يمينا (+)، أو يسارا (-). ويعتبر السلوك المثالي أو الذي يقترب من الكمال سلوكا سويا بينما الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال سلوكا غير سوي.

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن القواعد والمبادئ التي تحكم تطور نمو السلوك المشكل هي نفسها المبادئ والقواعد التي تحكم تطور النمو السوي. وان كثيرا من العوامل والظروف البيئية والنفسية التي تحدث عنها العلماء في نظرياتهم تكون عوامل مؤثرة في ظهور نمط السلوك المشكل أو الشاذ لدى المراهق.

وليس المراهق المشكل عضوا من صنف فريد يمكن التعرف عليه بسهولة من خلال صفاته أو أعراضه الخاصة. صحيح انه باستطاعة الفرد أن يجد المشكلات التي يعاني منها مراهقون معينون في كتاب خاص. بالطريقة ذاتها التي يراجع فيها مشكلة طبية في كتاب طبي الا ان هناك اختلافا بين الحالتين. فالسلوك المشكل عبارة عن سلسلة من المظاهر المزعجة تتراوح بين التمرد ونوبات الغضب والسعي لجذب الانتباه، واضطرابات النوم. وبين الخوف والشعور بالنقص ورفض المدرسة. ومن هنا جاءت صعوبة تعريف الشخص المشكل والذي اختلف الباحثون حول تعريفهم له، وتباينت آراؤهم حول مفهوم الشخص المشكل.

- فمنهم من يرى بأن السلوك المشكل عند الفرد ما هو الا استراتيجيات غير ناجحة لمطالب الحياة. ويتعلم المراهق أن هذه الاستراتيجيات تؤذيه بالذات. وغالبا ما تؤذي الآخرين أيضا. ويحدث هذا عندما تفشل هذه الاستراتيجيات في تحقيق أهدافها (هربرت، 1980).
- ومنهم من يرى ان المراهق المشكل هو ذلك المراهق الذي ينحرف سلوكه انحرافا ملحوظا عما نعتبره عاديا بحيث يستدعي هذا الانحراف نوعا من الخدمات التربوية يختلف عما يقدم للمراهقين العاديين. (Heward & Orlansky, 2007)
- ويرى معظم الناس أن السلوك يكون سويا ومقبولا عندما يكون مألوفا ومتطابقا مع سلوك الغالبية العظمى من المراهقين في مثل سنه. فان كان المراهق غير قادر على التكيف مع المعايير السائدة في المجتمع أو لا يريد التكيف معها. فانه يصبح مراهقا سيئ التكيف (زهران، 2005).

لذلك، تعتبر مسألة تحديد ماهية الشخص المشكل أو الشخص غير المشكل مسألة غير موضوعية. وليس من المستغرب أن نرى عددا من الاختصاصيين العاملين في العيادات النفسية يختلفون في تقديراتهم لعدد من الأفراد بسبب انزلاقهم بمقولة " موضوعية الشخص المشكل أو غير المشكل".

وتحدث البورت عن شخصية المراهق باعتبارها استجابات الفرد المميزة للمثيرات الاجتماعية. وأسلوب توافقه مع المظاهر الاجتماعية في البيئة. وهذا يعني ان شخصية المراهق دالة لسلوكه واستجاباته للمواقف المختلفة (Papalia & Olds, 2005).

وانطلاقا من النظريات المنطلقة من عملية التعلم في فهم الشخصية على عنصر أساسي في تعريفها للشخصية وهو السلوك والسلوك المتعلم باعتبارها أنماط السلوك المتميزة (ومن بينها الأفكار والعواطف) التي تميز تكيف كل فرد مع مواقف حياته.

لقد تحدث علماء النفس عن صور مختلفة لمكونات الشخصية الإنسانية وفقا للأطر النظرية التي صاغها كل واحد منهم للشخصية (Roediger, et al. 2007):

فمكونات الشخصية عند فرويد تتمثل في كون الشخصية منظومة تتضمن ثلاث منظومات فرعية تعمل معا على المستوى اللاشعوري وهذه المنظومات هي:

- الهو: وتحتوي على كل ما هو غريزي ويتطلب الإشباع وفقا لمبدأ اللذة
- والأنا: وهي تنبثق من الهو كي تواجه مطالب الواقع والمجتمع فهي مسايرة لمطالب هذا الواقع ومن ثم تخضع وفقا لمبدأ الواقع.
- والأنا العليا وهي المنظومة الفرعية الثالثة التي تختص بالقيم والمثل والقوانين والدين والأخلاق.. الخ. مرورا بالتطبيع الاجتماعي والتربية المنزلية والمدرسية

وتتمثل المكونات عند يونج في الأنا أو الذات ويشير إليها باعتبارها منظومة شعورية تعمل على التناغم بين الغرائز الفطرية الحيوانية المولود بها الإنسان وبين مطالب المجتمع وقيمه ومثله.

واستخدم كل من روجرز وجولد شتاين وماسلو نفس المكون كأساس في الشخصية. أما ثورندايك فقد بحث في الشخصية في ضوء مكونين أساسيين هما: الإرادة Will ومضاد الإرادة Counter will وهما في صراع دائم حيث تتجنب الشخصية العزلة فهي في حالة جدلية "ديالكتيكية" بين الاستقلال لتحقيق الإرادة "المغايرة"، والتبعية لتحقيق الانتماء "المسايرة".

ويشير البورت إلى المكون الأساسي للشخصية على انه مجموعة من السمات قسمها إلى سمة كبرى قلبية Cardinal ومجموعة صغيرة من السمات الأساسية أو المركزية Central ومجموعة ثالثة من السمات الثانوية Secondary وان لهذه السمات وجود حقيقي

وأفرز كاتل مجموعة من السمات العميقة Source traits ومجموعة اخرى من السمات السطحية Surface traits وقد حاول كاتل ان يجمع هذه المجموعة من السمات بالتحليل العاملي وتوصل إلى مجموعة من العوامل Factors (العامل: مفهوم إحصائي يعبر عن مدى تشبع العامل بمجموعة من السمات المرتبطة به ارتباطا موجبا عاليا.

وقدم هنري موراي تصورا لعدد من المفاهيم التي تكون الشخصية. فقدم قائمة تتراوح ما بين: 20 – 38 حاجة بعضها حاجات ظاهرة Overt needs وبعضها الآخر حاجات كامنة Latent needs وهي بمثابة الساس المكون للشخصية.

وقدم ليفين نظرية المجال وطرح من خلالها مفاهيم جديدة اعتبرت بمثابة مكونات للشخصية حيث ادخل مفاهيم عن الوسط والموقف من حول الفرد. وقدم ما يسمى بحيز الحياة Life – space الذي يعبر عن حاجات الفرد والامكانات الفعلية للموقف كما يدركها الفرد. وقدم ما يعرف بالتكافؤات Valences التي تحدد الجوانب المرغوبة أو غير المرغوبة بالنسبة لحيز الحياة. كما قدم مفهوم المتجهات Vectors لتشير الى اتجاهات الجذب والحواجز العائقة أمام الهدف. معتبرا سلوك الشخص دالة لحيز الحياة. أي التفاعل بين الشخص والبيئة السيكولوجية. وقدم سارين مفهوم الدور Role باعتباره مكونا أساسيا في الشخصية بحيث يحدد بعد هذا الدور سلوك الفرد نتاج التفاعل بين الذات والدور.

ولقد بدأ علماء النفس في الآونة الأخيرة ينظرون الى الدماغ باعتباره اساس التعلم فالذي يتعلم هو الدماغ وان التعلم تفكير وان التعلم تذكر وان التعلم معالجة المعلومات. وكلها وظائف الدماغ الفطرية. مما جعل من هذه النظرة الى تعدد المجالات التي تركز على نمو الجهاز العصبي وتناول النمو الانساني من خلال تناول الدماغ نفسه في تطور تركيبه وتطور وظائفه.

وقد لاحظ دارلنج ان ادمغة الاطفال الرضع في عامهم الاول او الثاني تكون في حالة من القابلية للتشكل والتطبع والتقبل. وتبدأ هذه الادمغة بالتشكل نتيجة تفاعل الدماغ/ العقل مع المثيرات البيئية والعلاقات الشخصية الاجتماعية. كما اصبح علماء علم الاعصاب قادرين على توثيق التغيرات التي تمس خلايا دماغ الرضيع الناتجة عن التفاعل المبكر بينهم وبين الراشدين من حولهم. فابتسامة الاب ومناغاة العمة كلها تظهر اثارها على الرضع نتيجة للتغيرات التي تطرأ على الكيفية التي تتصل بها الخلايا العصبية ببعضها البعض (الريماوي، 2007).

وحتى قبل الميلاد فان الاجنة تبدو اكثر حساسية لصوت الام وضربات قلبها. وعندما تولد تكون قادرة على التعرف على صوت الام وتفضله عن أي صوت انثوي آخر. (Owens, 2006)

الا ان جزءا يسيرا من المعلومات حول نمو المخ قد تم استخلاصها من الدراسات التي قدمها كونيل Conel و تانر Tanner عام 1970 حول المخ وفي علاقته الوظيفية بالسلوك والبيئة (Owens, 2002). مثال ذلك ان الطفل حديث الولادة قادر على أداء الكثير من الافعال الحركية لكنه أقل قدرة على الاداء الحسي (المتعلق بالسلوك الحركي) وهو قادر ايضا على تكوين ارتباطات بسيطة بين المثيرات. ويدل فحص مناطق المخ على التمثيل التقريبي بين منطقتي النمو والسلوك. ذلك ان منطقة الحركة في القشرة الدماغية اكثر نموا من المناطق الاخرى.

ولذلك فالقدرة الوظيفية تتناسب تقريبا مع التكوينات القشرية واذا كان هذا الافتراض صحيحا بدرجة معقولة. فاننا نستطيع ان نستدل بعض الدلالات عن نمو المخ من واقع السلوك. وان نضج بعض الانماط السلوكية يقدم لنا العديد من القرائن حول نمو قشرة المخ. (Papalia & Olds, 2006)

(6 – 4) مشكلات المراهقين:

1) نمو مفهوم الذات لدى المراهق:

يمكن تعريف الذات بأنها المفوهم الذي يكونه الفرد عن نفسه باعتباره مصدرا للتأثير والتأثر في البيئة المحيطة. (اسماعيل، 2001) ويتحدد مفهوم الذات بناء على ادراكه لصفة او عدد من الصفات تشترك فيها مجموعة من الاشياء او المواقف او الاحداث. وتميزها عن غيرها. وبناء على ذلك، فانه يمكن تحديد مفهوم الذات لدى المراهق بناء على ادراكه لصفة او صفات عامة يمكن ان تسند اليه باعتبار انه قوة متفاعلة مع القوى الاخرى في البيئة المحيطة. أما المفردات التي يمكن ان تعمم عليها او تشترك فيها هذه الصفات. فهي استجابات الشخص نفسه نحو مواقف البيئة المختلفة.

ويستخدم معظم المراهقين معايير الجماعة التي ينتمون اليها كأساس لتكوين مفهومهم عن الشخصية المثالية Ideal personality وقليل منهم يشعرون أنهم قريبون من هذه الشخصية خاصة أولئك الافراد الذين لا يريدون تغيير شخصياتهم.

إن نجاح المراهق في تطوير شخصيته يعتمد على عدد من الظروف والعوامل التي من ابرزها:

- يجب تحديد الشخصيات المثالية بصورة أقرب للواقعية بحيث يمكن تحقيقها والا سوف تؤدي حتما الى الاحساس بالفشل وعدم الكفاءة والشعور بالنقص.
- يجب تحديد نقاط القوة والضعف لدى المراهق بطريقة واقعية فالتناقض الحاد بين الشخصيات الواقعية والذات المثالية سوف يؤدي بالضرورة الى القلق والحيرة والشقاء مع الميل لاستخدام ردود الافعال الدفاعية في المواقف المختلفة.
- يجب ان يكتسب المراهق مفهوما مستقرا للذات. ذلك ان مفهوم الذات المستقر سوف يعطي المراهق احساسا بالاستمرارية يساعده على رؤية نفسه بطريقة متسقة في كل المواقف. بدلا من رؤيتها بطريقة معينة الان ثم رؤيتها بطريقة مخالفة فيما بعد. مما يعني مزيدا من تقدير الذات ينتج احساسا اقل بعدم الكفاءة.
- يجب ان يرضى المراهقون عن انجازاتهم ويكونوا متوافقين لعمل تحسينات في أي مجال يشعرون فيه بالقصور. ان قبول الذات سوف يؤدي الى انواع من السلوك تجعل الاخرين

يحبوه ويقبلوه. الامر الذي يعزز بدوره شعور المراهق بقبول ذاته وقبول الذات من الامور الهامة جدا في تحديد السعادة والتوافق التي يمكن ان يكون عليها المراهق.

2) احلام اليقظة:

عرف الباحثون احلام اليقظة على انها انغماس الشخص بالاحلام في وقت غير مناسب على نحو يتضمن عدم القدرة على التركيز. وعرفها اخرون بانها الافكار والخيالات التي يسترسل فيها الشخص عندما يقال انه شارد الذهن. وفريق ثالث قال عنها قصص يرويها الانسان لنفسه بنفسه عن نفسه. وهي نوع من التفكير لا يتقيد بالواقع ولا يحفل بالقيود المنطقية والاجتماعية التي تهيمن على التفكير العادي.

فاحلام اليقظة تجنب المراهق الغبن وتساعده على التحرر من الانفعالات والعواطف المكبوتة في سلوك يمكن ان يتخذ صيغة حل المشكلات والتفكير ورسم التجربة الانسانية بالتكامل الزمني. واسقاطها في مستقبلها عبر ماضيها. وهي ظاهرة طبيعية عادية لا ضرر منها اذا كانت طبيعية وتأخذ طابعا معتدلا من قبل المراهق لكنها تصبح مرضا لديه اذا اسرف في استخدامها مما يؤدي الى عجز الفرد عن الانتباه المتواصل. والى التباس الخيال بالواقع.

هناك اسباب عديدة تؤدي الى احلام اليقظة لدى المراهقين:

1. الادراك بانها اكثر اشباعا من الواقع:

وذلك كأن يتجاوز المراهق من خلالها الحياة اليومية ويطلق ساقيه للعيش بحرية بعيدا عن ظلم الناس ورفض اضطهادهم له. فيرسم صورة مشرقة للغد تحول بينه وبين سقوطه في اليأس والكآبة او القنوط.

2. التعويض عن اعاقة حقيقية:

فغالبا ما يستخدم المراهق حلم اليقظة تعويضا عن الاعاقات الجسدية التي يعانون منها وانهم طبيعيون ومشهورون. وقد يكون الاحباط سببا في تحول المراهق نحو احلام اليقظة. للشعور بالرضا وتحقيق ما لم يستطيع تحقيقه في الواقع.

3. أحلام اليقظة وارتباطها بالخجل:

حيث يكثر استخدام احلام اليقظة لدى المراهقين الذين يعانون من مشكلة الخجل وعدم القدرة على التكيف في المواقف الاجتماعية حيث يحقق المراهق بحلم اليقظة متعة كبيرة خالية من الاحاسيس المؤلمة.

ويمكن للوالدين والمربين ملاحظة سلوك المراهق وطلب المساعدة الارشادية اذا كان المراهق يجد صعوبة في التمييز بين الحقيقة والخيال وقد يكون الارشاد النفسي لفترات قصيرة فعالا في تخفيض احلام اليقظة وزيادة النشاطات الايجابية المثمرة. **ويمكن للمرشد النفسي اتباع الاساليب الارشادية العلاجية التالية في التعامل مع هذه المشكلة:**

- **التخطيط للنشاطات:**

يجب اشراك المراهق الحالم في ظروف الملل والعزلة في نشاطات مع رفاقه ما امكن. وتشجيعه ومكافأته على النشاط الابداعي الذي يحققه. والتقليل من النشاطات الفردية التي تتيح له فرصة لاحلام اليقظة.

- **مكافأة الانتباه والابداعية:**

تجاهل احلام اليقظة لدى المراهق وكافىء الانتباه والانتاجية باستخدام معززات مادية عند الضرورة. ويمكن تقديم المزيد من التعزيزات مع التقدم في الحد من احلام اليقظة لدى المراهق.

4. حدد مضمون احلام اليقظة:

لا بأس في ان تناقش المراهق حول مضمون احلام اليقظة اذا كانت العلاقة التي تربطك بالمراهق علاقة حميمة وودية وتوجيه احلام اليقظة لديه نحو الانتاجية ومزيد من التنظيم والهدوء وبناء المستقبل.

3) انحراف الأحداث:

تعد مشكلة انحراف الأحداث من المشكلات النفسية، والاجتماعية التي تواجه المجتمع والأسرة والمدرسة، والتي يهتم بها كل من علماء النفس، والاجتماع والتربية، ورجال القانون. ويبدو أن هذه المشكلة في تزايد مستمر مما يستدعي التدخل للوقاية والعلاج.

ويرى انجلش English أن الجنوح يمثل انتهاكا بسيطا للقاعدة القانونية أو الأخلاقية عن طريق الأطفال والمراهقين، فهو يطلق على الأخطاء البسيطة التي يرتكبها الأحداث ضد القانون أو ضد النظام الاجتماعي السائد.

وعرفت بنت Bennet الحدث الجانح بأنه ذلك الطفل الذي تكون جرائمه قد أدت به إلى الحضور أمام محكمة الأحداث أو مراكز توجيه الأطفال. وتتفق معظم النظريات على معالجة هذه المشكلة على أساس نوعين من الجنوح هما (Cohen, 1995):

- **الجنوح الجماعي:** هو الذي يظهر في سلوك الشلل أو العصابات Gangs، وهي تلك الجماعات التي تنغمس في أنشطة منحرفة، مثل: سرقة السيارات، أو الضرب، أو الاغتصاب الجنسي، أو غير ذلك من السلوك المنحرف
- **الجنوح الفردي:** هو الذي يظهر في الأسر والمجتمع على مختلف طبقاته، ويعبر عن محاولة الصغير لحل مشكلة خاصة به. والجنوح الفردي أكثر غموضاً من الجنوح الجماعي لأنه يرتبط بالآثار الناجمة عن ممارسات التربية والتنشئة الخاطئة، التي يخضع لها المراهق منذ طفولته، والتي تزيد من نزعته نحو السلوك العدواني أو الجريمة المتمثلة في رفض ومهاجمة معايير وقيم وضوابط الأخلاق لدى الجماعة (العيسوي، 1984).

وينظر أصحاب الاتجاه السيكولوجي للجنوح على أنه: سلوك منحرف عن العمليات النفسية السوية، يقترفه الحدث كمحاولة لإعادة توازنه، وتخفيف توتراته وصراعاته الداخلية النابعة عن سوء التوافق، والتي تتميز بالعدوان المستمر والمتكرر المباشر سواء تجاه الذات أو تجاه الآخرين نتيجة للأساليب الخاطئة في التنشئة، والشعور بالنقص، والحرمان، والخبرات والإحباطات الطفولية المؤلمة، والعادات، والقيم، والاتجاهات غير السوية (حسنين، 1999). بينما أصحاب الاتجاه الاجتماعي إلى مصطلح (الجنوح) بأنه الأفعال المضادة للمجتمع التي يرتكبها الأطفال أو الأشخاص دون السن القانونية" (رجب، 1998). وعرف شازال (1983) انحراف الأحداث بأنه: "جميع الأفعال غير المتوافقة ابتداءً من المروق الأخلاقي، والهروب من البيت والمدرسة إلى ارتكاب أخطاء بسيطة، وانتهاءً إلى ارتكاب الأفعال الإجرامية التي تتنافى مع القيم والمعايير الأخلاقية التي يرفضها المجتمع ويحرمها القانون". ومن وجهة النظر القانونية. فان انحراف الاحداث يعني انتهاكاً للقوانين الحكومية الرسمية (العجمي، 1990).

أ. **الأسباب التي تؤدي إلى جنوح الأحداث:**

ان الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة والصعبة التي يعيش فيها الحدث من أهم أسباب الانحراف، وقد تتداخل مجموعة من الظروف معاً لتشكل بيئة خصبة تؤدي إلى انحراف المراهق، ويعمل المراهقون الجانحون من أجل مساعدة أسرهم مجبرين على ترك المدرسة، مما يساهم في تعرضهم لخطر الاستغلال والإساءة من أصحاب العمل وبيئة العمل، وبالتالي يجدون أنفسهم مضطرين لتعلم الكثير من الأساليب غير الاجتماعية للتكيف والتعايش مع الظروف الصعبة التي يوضعون بها كالشللية، التي تفرض عليهم القيام بالأعمال التي تضمن بقاءهم ضمن الشلة والتي غالباً ما تؤدي بهم الى السجن أو دور الأحداث. وقد يتعرضون إلى خبرات لا تتوفر فيها الحماية. مثل الاعتداءات والإساءة الجنسية، التي تشكل بالنسبة إليهم خبرات تؤثر في

قيمهم ونظرتهم إلى الكبار الذين يشكلون مصدراً للسلطة والخطر (Grisec & Goodnow, 1994).

ويؤكد "هوفمان (Hoffman, 1991) بأن المراهقين الذين يعيشون في اسر مفككة ويخضعون لأساليب من الرعاية الوالدية الضاغطة والعقابية يندفعون لممارسة اعتداءاتهم على ممتلكات المدرسة وعلى الطلبة والفتيات الأصغر سناً متذرعين بأن المعايير التي يستندون عليها تعتبر قيماً مفيدة لهم وتجعلهم يحصلون على ما يريدونه.

وقد يخرج المراهقون من المدرسة نتيجة اعتقادهم بعدم فائدتها أو انهم مجبرون على العمل نتيجة عوامل ضاغطة كالتسيب والاكتظاظ والعنف والإساءة) وبالتالي. فان خبراتهم ومعرفتهم تكون متدنية جداً. مما يجعلهم أكثر عرضة للاستغلال والانحراف والانتماء للشلل من رفاق السوء (Willard, 2001). ويستخدم هؤلاء المراهقين المواد والعقاقير الضارة. وتناول الكحول والمخدرات، مما يزيد من تعرضهم أو ممارستهم للعنف بأشكاله المختلفة، وكلما زاد اعتمادهم على هذه المواد وزادت حاجتهم لها. فإنهم سيلجأون لأي عمل غير مشروع كالسرقة أو الاعتداء على الآخرين للحصول على هذه المواد. وقد تتطور هذه الأنواع من السلوكيات لتصبح مثل سلوك العصابات، وتصبح جزءاً من حياة المراهقين الجانحين اليومية، وتتشكل معها أدوارهم داخل الأسرة وخارجها، وقد تصبح مدعومة من بعض الأسر كالتسول والسرقة والأعمال غير المشروعة.

ويتميز المراهقون بحدة الصراعات الداخلية الناجمة عن الرغبة في الحصول على الاستقلال التام، وإثبات الذات، وقد تسبب هذه الصراعات في توجه المراهق للقيام بسلوكيات خاطئة تعبيراً عن رفضه للسلطة، مما يساهم في زيادة حدة الانفعالات لديه ويصبح في حالة مزاجية متقلبة، ويزداد شعوره بالإحباط وتنمو معه مشاعر الإحساس بالفشل والعزلة (Willard, 2001).

ويرى أريكسون أن الجناح يظهر في هذه المرحلة (مرحلة الهوية) حيث تتكون لدى الذكور الهوية دون ألفة أو معرفة، في حين تظهر لدى الإناث الألفة من دون أن تظهر لديهن الهوية، مشيرا الى أن الجانحين يفشلون في الوصول إلى قيمة الإخلاص وقيمة الذات (Willard, 2001 Self-worth).

ويعتقد كولبرغ أن الجانحين يتميزون بعدم النضج الأخلاقي الذي لا يرتبط بعمر معين، ويرى بأن الجنوح قد يظهر في أي مرحلة من المراحل الثلاثة الأولى من التطور الأخلاقي. (عدس وتوق، 2005).

وطبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع (American Psyctriatric Associatioin: Diagnostic & Statical Mannual of Mental, Disorders (DSM IV)) للاضطرابات النفسية، فإن اضطراب التصرف قد يشخص عندما يسيء الطفل تصرفه (سلوكه) بشدة من خلال سلوك عدواني أو غير عدواني ضد الناس أو الحيوانات أو الممتلكات، ويمكن أن يوصف سلوكه بالتدميري أو العدواني أو الغش أو العصيان والخداع أو القسوة الجسدية، وتتضمن اضطرابات التصرف، والتسبب في الجرح المعتمد أو الإجبار على النشاط الجنسي (الاغتصاب)، كما هو منصوص عليه في دليل التشخيص الإحصائي الرابع (DSM IV) فإن اضطراب التصرف هو نمط متكرر ودائم من السلوك الذي يكون فيه انتهاكاً للحقوق الأساسية للآخرين أو للمعايير والقوانين الاجتماعية. ويتم تشخيصه من خلال وجود ثلاثة أو أكثر من المعايير التالية في الاثني عشر شهراً الماضية، مع وجود معيار واحد على الأقل خلال الستة أشهر الماضية، وهذه المعايير هي:

- **العدوان على الناس والحيوانات:** كأن يهدد أو يخيف الآخرين. ويستعمل السلاح الذي يمكن أن يسبب أذى جسدياً للآخرين. أو يسرق من الضحية أثناء المواجهة. أو يجبر شخصاً ما على ممارسة النشاط الجنسي.
- **تدمير الممتلكات:** كأن يشعل الحرائق بهدف التسبب بالأضرار البالغة. ويدمر ممتلكات الآخرين بشكل متعمد.
- **الخداع أو السرقة:** كأن يقتحم بيت شخص آخر، أو بناية سيارة. ويقوم بسرقة الأشياء الثمينة دون مواجهة للضحية، ويكذب في أغلب الأحيان للحصول على السلع أو الاستحسان، ويخدع الآخرين.
- **انتهاكات خطيرة لقواعد السلوك:** كأن يبقى في أغلب الأحيان خارج المنزل أثناء الليل، على الرغم من منعه من قبل والديه. أو يهرب من البيت أو المدرسة. (BehaveNet, 1997- 2003).

ب. **أساليب علاج انحرافات الاحداث:**

- **الإسترخاء العضلي:** Relaxation training: وهو من الأساليب الشائعة في العلاج النفسي يتعلم المراهق من خلاله كيفية التعامل مع مشكلات وضغوط الحياة اليومية. ويبدأ التدريب بما يعادل من (4- 8) ساعات يوميا ويمكن أن يصبح عادة إذا تم التدريب عليه وممارسته (20- 25) دقيقة يوميا (ابراهيم ، 1994).
- **تقليل الحساسية التدريجي:** Systematic Desensitization: يعتمد هذا الأسلوب على مبادئ الإشراط الكلاسيكي. وتتضمن تحليلا سلوكيا للمثيرات التي تستجر القلق وردود

الأفعال التجنبية وبناء هرم للمواقف التي تحدث القلق ثم إجراءا ت الإسترخاء التي يتم تعلمها وربطها مع المشاهد المتخيلة حيث يتم تقديم المشاهد من الأسهل إلى الأصعب ومن الأقل تهديدا إلى الأكثر تهديدا ، ويتم ربط مواقف ومشاهد القلق مع تمارين الإسترخاء حتى يختفي الإرتباط بين هذه المثيرات وبين إستجابة القلق) Corey, 2005)

- **الواجبات المنزلية: Home work**: وهي عبارة عن مجموعة من الواجبات والسلوكيات التي يطلب من المراهق القيام بها سواء في البيت أو المدرسة ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة. ويتم تقييمها في الجلسة التالية بحيث يكون قد تدرب عليها في الجلسات السابقة. وتتدرج هذه الجلسات من الأسهل إلى الأصعب ولا يتم الإنتقال من سلوك لآخر إلا بعد التأكد من إتقان السلوك السابق.
- **التخيل ولعب الأدوار**: وهو من الفنيات التي تساعد على تفريغ الشحنات الإنفعالية والرغبات المكبوتة. ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك إجتماعي كما يحدث على أرض الواقع ويقوم المعالج بدور الطرف الآخر لإكمال الموقف التفاعلي وتكون هذه الفنية معتمدة على تعليمات المعالج ، وإذا عجز المسترشد عن تطبيق تلك المهارة يقوم المرشد بالدور ويعمل كنموذج يساعده على التطبيق والتعلم وبعدها يستمر الموقف حتى يتم تعلم السلوك بشكل جيد (شقير ، 2002)
- **الغمر: Flooding**: وهنا يتم تعريض المراهق للموقف المزعج دفعة واحدة بوجود مساندة إنفعالية عالية خصوصا في البداية (الزعبي ، 2006)
- **إشراط التخلص من القلق: Anxiety Relief Conditinoing**: ويقصد به إقتران المثير المنفر مع حديث داخلي يتبناه المراهق كأن يقول لنفسه: أهدأ وإسترخ إذا تحمل مثير غير مستحب لمدة قليلة ثم توقف ويوقف المثير مباشرة بعد إشارة معينة فإن هذه الإشارة ستصبح مشروطة مع التغيرات التي سوف تلحق وهي إيقاف المثير غير المستحب كأن يقول المعالج كلمة تثير القلق ومن ثم يتبعها بكلمة: استرخ أو أهدأ الأمر الذي يؤدي إلى وقف القلق ومن ثم الإسترخاء.
- **التعزيز: Reinforcement**: وهو أسلوب يستخدم عندما يصدر عن الفرد سلوكا أو نشاطا سارا أومرغوبا فيه فنقوم بعد ذلك بتشجيع هذا السلوك المرغوب " تعزيز إيجابي "وعندما نسعى إلى إيقاف سلوك غير سار أو غير مرغوب فيه فإننا نوقف هذا التعزيز أي نعمل على عقاب هذا السلوك حتى يتم التوقف عن ممارسة هذا السلوك الغير مرغوب (زهران ،2005. شقير ، 2002)
- **التحكم الذاتي: Self Control**: يتضمن هذا الاسلقب الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهداف بعيدة المدى والعمل على اخذ خطوات والعمل على تحقيقها بحيث تشتمل على

مراقبة الذات: Self Monitoring كان يطلب من المراهق أن يراقب سلوكه والأحداث التي سبقت هذه السلوكات والنتائج التي ترتبت على هذه السلوكات. **وتقييم الذات: Self Evalution** –بحيث يتم تقييم الفرد لسلوكاته ضمن معياره الداخلي والمعايير السائدة للسلوك. **وتدعيم الذات: Self – Reinforcement** ويتم ذلك القيام بسلوك إيجابي. فيعمل المراهق على تعزيز وتدعيم ذاته سواء كان ذلك بصورة ضمنية أو مباشرة.

- **إعادة البناء المعرفي:** Cognitive- Restracturing Techniques: حيث يقوم المراهق في هذه الحالة بتسجيل الأفكار السلبية التي يحدث بها نفسه مما يساعده على إختبار الواقع وجعله أكثر وعيا وقدرة على التحكم بهذه الأفكار وأحاديثه الذاتية وعندما تواجهه مشكلة يستطيع أن يتحكم بهذه الأفكار وعدم الوقوع بتلك الأخطاء مرة أخرى
- **النمذجة:** Modeling: وهي تلك العملية التي يمثلها سلوك الفرد أو الجماعة (النموذج) كحافز للأفكار المتشابهة حيث تتم عملية التعلم بالمراقبة ، ولقد أكد باندورا (Bandura, 1977) إن الخوف يتم تعلمه من خلال التقليد الإجتماعي أكثر من التجربة الذاتية ، وللنمذجة وظائف عديدة من ابرزها تعلم سلوكات جديدة ، وكبح إستجابات الخوف وتسهيل إستجابات لم تظهر بعد.
- **العمليات العقلية بإعتبارها انظمة تفكير غير عقلاني:** فالأفكار غير العقلانية مسؤولة عن الإضطرابات السلوكية والإنفعالية ، ويحاول المعالج أن يتعرف على نمط التفكير غير العقلاني عند المراهق ومناقشة هذه الأفكار وضحدها وتفنيدها إلى أن يتبنىالمراهق فلسفة جديدة في الحياة على أساس منطقي وعقلاني.
- **العمليات المعرفية بإعتبارها انماط تفكير خاطئ:** وتركز على انماط التفكير المشوه والمنحرف الذي يقود إلى الإضطراب فيتبنى المراهق أنماطا من التفكير تمثل المبالغة في تقدير الأمور والتعميمات المغلوطة والتطرف في إصدار الأحكام والتجويد الإنتقائي والإستنتاج الخاطئ ويقوم المرشد هنا بتدريب المسترشدين على التعرف على هذه الأنماط وإستخدام الأساليب السلوكية والمعرفية للتخلص من هذه الأفكار الخطأ. (الشناوي 1999، ابراهيم ، 1994)
- **الجوانب المعرفية كأدلة على القدرة في حل المشكلات ومهارات التفاعل:** إقترح ديزوريلا وجولد فرايد وغيرهم Goldfriend Dizurilla and التركيز على غياب مهارات تكيفية يتعامل معها ضمن المواقف الحياتية بحيث يتم تدريب المسترشدين على أسلوب حل المشكلات. وذلك من خلال التعرف على المشكلة وتوليد البدائل الخاصة بالحلول وإختيار واحدة منها وإختبار كفاءة هذا الحل. (الشناوي ،1999)

4) التدخين:

كلمة التدخين مأخوذة من الفعل "دخن" وهو اصطلاح يعني استنشاق دخان التبغ بعد حرقه. الا ان التدخين الذي يشيع بين الافراد هو استنشاق ناتج عن احتراق التبغ المضاف اليه مواد كيماوية وملايين الذرات الصلبة الدقيقة الناتجة من الرمال. وقد اشار الخالدي (2008) الى عدد من الاسباب التي تؤدي الى انتشار عادة التدخين بين المراهقين وهي:

- الاغراء الاجتماعي والتقليدي: ويعتبر التدخين سبيلا للمشاركة الاجتماعية وحبا للاستطلاع والتجربة.
- الاعتقاد بان التدخين يساعد على القيام بالاعمال الفكرية او قد ينشط الذاكرة اثناء القراءة او الاستذكار.
- ظروف او صدمة عاطفية او نفسية استثنائية قد تكون شخصية او متعلقة بالاسرة. اعتقادا منهم ان التدخين سوف يساعدهم على تحمل هذه المشكلات. لكنهم يستمرون في التدخين بعد ذلك.
- الاعتقاد بان التدخين مظهر من مظاهر الرجولة فصغار التدخين يتطلعون فيه الى مرحلة الشباب وارجولة.
- المؤثرات العامة والاجتماعية ووسائل الاعلام المختلفة.
- دافع الحصول على اللذة وطرد الهموم.

وقد عرض الباحثون عددا من الاستراتيجيات للحد من سلوك التدخين لدى المراهين. اشتملت على الحظر الكامل على ترويج التبغ من الاعلانات في الصحف والملصقات ومسابقات الكوبونات ذات الجوائز. ووضع تحذيرات على جميع علب السجائر. واعلام المستهلك بأن بعض مكونات التبغ هي المسؤولة عن الامراض التي يسببها التدخين وخاصة النيكوتين واول اكسيد الكربون، وفرض الضرائب، ومنع البيع للاطفال. ومنع التدخين في الاماكن العامة وفي اثناء العمل.

ويعتبر الضبط الذاتي اسلوبا يعمل فيه الفرد على احداث تغيير في سلوكه عن طريق احداث تغييرات في العوامل الداخلية والخارجية المؤثرة في السلوك. ويتعلق الضبط بكل من مراقبة الذات، وضبط المثيرات، وتعزيز الذات. بحيث تتوفر لتحقيق ذلك كلا من الدافع والرغبة والارادة.

ويمكن للمرشدين كذلك استخدام استراتيجيات العلاج السلوكي المستند الى اجراءات الاشتراط التجنبي، واشتراط المثير واساليب الضبط الذاتي للسلوك، والاشراط الاجرائي

وتشكيل السلوك وجداول التعزيز بهدف التقليل من احتمال حدوث السلوك ومنها الامحاء والاشباع والعقاب.

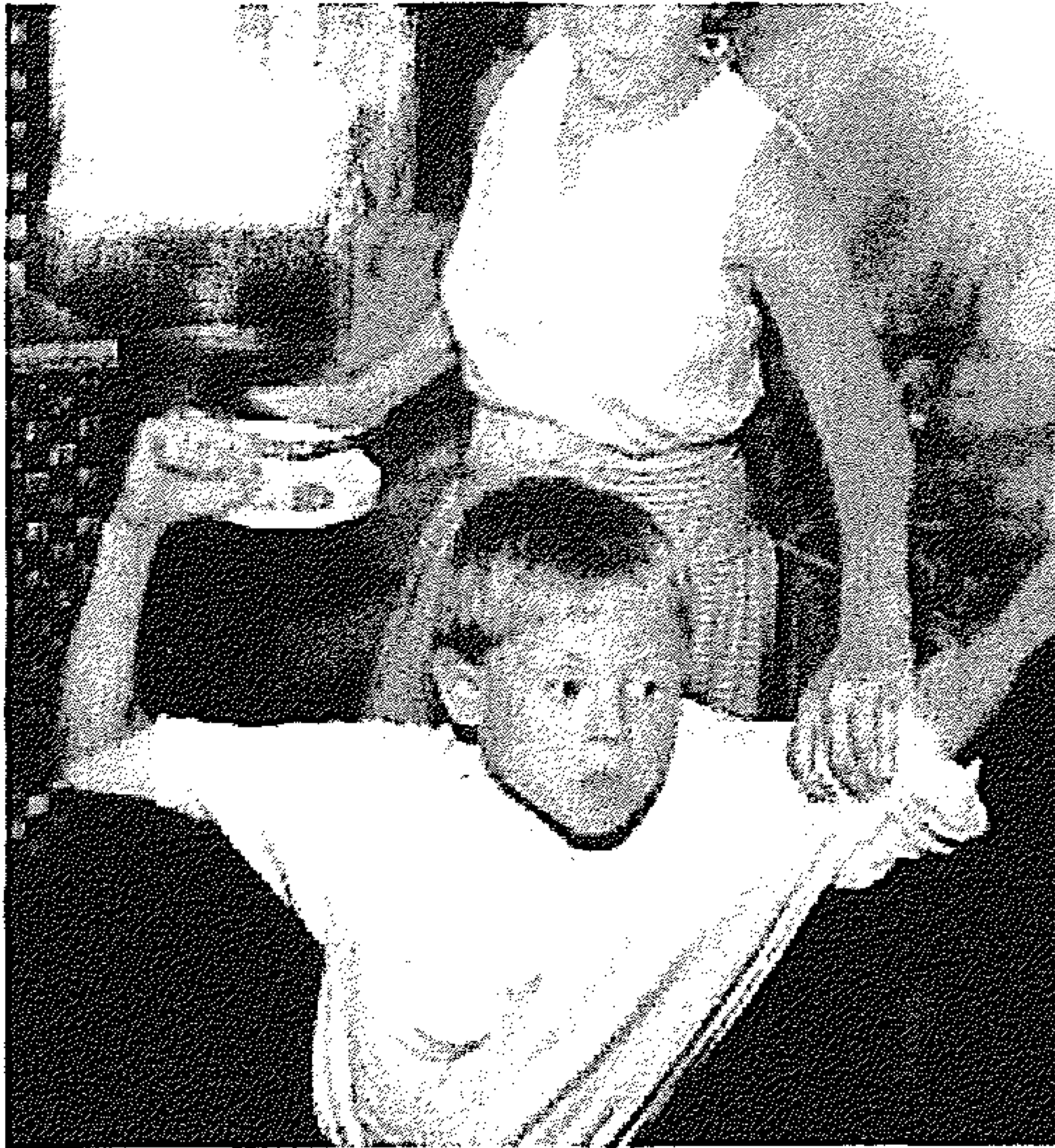
5) **الحساسية الزائدة للنقد:**

تعرف الحساسية الزائدة بانها استجابة الشخص بشكل مبالغ فيه وان يشعر بأنه اوذي انفعاليا بسهولة. فقد يستجيب الشخص بشكل مبالغ فيه لاتجاهات الاخرين ومشاعرهم. فقد يشعر المراهق بعدم الكفاءة. فيفسر اكثر التعليقات بساطة على انها هجوم موجه ضده. وعندما يتوقع المراهق الشيء الكثير من الاخرين فانه يصاب بخيبة امل على نحو مستمر. وقد يطور المراهق الحساسية الزائدة كطريقة لضبط الاخرين. او يتميز بعدم الانتظام في وظائفه الفزيولوجية والاستجابة للمواقف الجديدة بسلبية او انسحاب. وضعف التكيف للتغيير وتكرار المزاجية السيئة.

ويمكن للمرشدين معالجة الحساسية الزائدة لدى المراهق بواحدة او اكثر من أساليب مواجهة الافكار غير المنطقية، وتعليم اسلوب حل المشكلات، والتحدث مع الذات، والعمل على التعويض عن الحساسية الزائدة التكوينية بان يستجيب للمواقف استجابة قوية جدا بصورة دائمة. ويتعلم في الوقت نفسه التعويض عن هذه النزعة بتطوير اساليب مناسبة لمواجهتها.

6) **العدوان:**

العدوان سلوك يقصد به المعتدي إيذاء الآخرين، وتطلق صفة العدوان على أشكال محددة من السلوك (كالضرب والصدم مثلاً)، أو على أشكال معينة من الحوادث الانفعالية أو كليهما معاً، أو على الظواهر المرافقة للحوادث الاجتماعية (كالغضب والكره) أو على مضامين دافعية (كالغريزة والدافع). ولا يتضمن مفهوم العدوان سمات سلبية، كالميل للمشاجرة والسيطرة والصراخ والعنف فحسب وإنما يتضمن سمات إيجابية كالثقة بالنفس والحزم والتوكيد وقوة الإرادة. (رضوان، 2011).



للعدوان أسباب عديدة من أبرزها الرغبة في التخلص من السلطة، او الشعور بالفشل والحرمان، او الحب الشديد والحماية الزائدة، كما ان للجو الأسري والثقافة الأسرية لها دورهي أيضا في إبراز

مظاهر السلوك العدواني عند افرادها. والشعور بعدم الأمان وعدم الثقة أو الشعور بالنبذ أو الإهانة والتوبيخ. أو الشعور بالغضب، وقد يتعلم المراهق العدوان عن طريق النموذج، اوالغيرة: نتيجة لعدم راحة الفرد من نجاح غيره من الأشخاص. أو الشعور بالنقص، والرغبة في جذب الانتباه. واستمرار الإحباط:، أو العقاب الجسدي.

وقد استخدم المنظرون اساليب محددة لعلاج السلوك العدواني كل بحسب ما وضعه من مبادىء لنظريته. فصاغت مدرسة التحليل النفسي هدف العلاج في مساعدة الفرد على التعبير عن الطاقة العدوانية التي لديه بطرق بناءة / لصرف وتنفيس ذلك السلوك بوساطة التعبير المباشر بطريقة مقبولة اجتماعيا. وركزت النظرية الانسانية على العلاقة بين المعالج والعميل بحيث تعمل بمثابة الفرصة اللازمة لكي ينمو ويطور الاستبصار الذاتي الامر الذي يترتب عليه تقليل السلوك العدواني. كما تحدثت المدرسة السلوكية عن اجراءات واستراتيجيات تعديل السلوك. واكثر الاجراءات المتبعة التعزيز التفاضلي والاقصاء والتصحيح الزائد والتعزيز الرمزي وتنمية المهارات الاجتماعية خاصة مهارات التفاعل الاجتماعي والنمذجة..... الخ.

7) العنف:

العنف احد مظاهر العدوان وينطلق من انفعال الغضب الذي يتمثل في الثورة الجسدية التي تنتاب الفرد اذا حيل بينه وبين ما يرغب. وهو بهذا يتخذ مظاهر متعددة كالقسوة والقهر والسباب والتدمير والتوبيخ والضرب وغير ذلك. فالسلطة الابوية التي مازالت تسيطر على اساليب التربية في الاسرة والمتمثلة في استخدام العنف من قبل الاخ الاكبر او المعلم هو امر مباح وهو ضمن معايير المجتمع. كما يرتبط سلوك العنف بشخصية المراهق: والشعور المتزايد بالاحباط وطبيعة مرحلة البلوغ والمراهقة والاعتزاز بالشخصية والاضطراب الانفعالي والنفسي وضعف الاستجابة لقيم ومعايير المجتمع والتمرد والميل الى الانتماء الى الزمر والجماعات وعدم القدرة على مواجهة المشكلات بصراحة.

8) سلوك التنمر / الاستقواء/ المشاغبة:

ويطلق عليه احيانا بسلوك الشغب Bullying وهي مشكلة واسعة الانتشار في المدارس وهي ظاهرة تترك اثارا سلبية على المناخ العام للمدرسة. ويقصد بسلوك المشاغبة Bullying behavior على انه اساءة استخدام القوة الحقيقية او المدركة بين التلاميذ داخل المدرسة بصفة مستمرة ومتكررة بغرض فرض السيطرة والتحكم في الاخرين ويتضمن هذا التعريف التكرار المستمر لايذاء الاخرين عن طريق ايذاء مشاعرهم ببعض الكلمات والعبارات وتكرار الهجمات الجسدية على الاخرين من قبل فرد واحد او مجموعة من الافراد. ويحدث في فناء المدرسة او في

الطرقات. ويمارسه شخص مشاغب Bully لا بد ان يكون ذا قوة جسدية ومهارة لغوية على شخص اخر اقل منه في ذلك يسمى ضحية Victim (سوليفان وآخرون، 2007).

ويتضمن سلوك المشاغبة الضرب والركل للضحية والاستيلاء على او تدمير ممتلكاته الخاصة. وجرح او اهانة مشاعر الاخرين كما يتميز في التنابز بالالقاب البذيئة والتسابق في القاء التعليقات المؤذية على الاخرين. وللعوامل الاسرية والشخصية، والمدرسية والتفاعل مع جماعة الاقران: دور بارز في ظهورها.

ويمكن للمرشد النفسي توفير مناخ امن داخل المدرس، وتدعيم التواصل والتفاعل المباشر بين الاباء ومدرسة الطالب للتأكد من ان الطالب يعيش في بيئة مدرسية آمنة، وفي اشراك الضحية في الانشطة والمواقف الاجتماعية التي تناسب اهتماماته ومساعدته في زيادة ثقته بنفسه ومن مهاراته الاجتماعية وتقديره لذاته، وتدريبه على ممارسة الاستجابات التوكيدية حتى يكون جريئا وشجاعا ولديه الثقة بالنفس في مواجهة المشاغب والاشراف والمراقبة على سلوك الطلبة خلال فترات الراحة من قبل المعلمين داخل المدرسة. وتنظيم ذهاب الضحية مع اخر اكبر منه سنا لتجنب الخوف من انتقام المشاغب بالتعاون مع اسرة الضحية واعلامها بذلك. ومدح وتعزيز السلوكيات الايجابية والاجتماعية المقبولة لدى الطلبة. ووضع قواعد واجراءات عقابية محددة ضد المشاغبين مثل اقصاء الامتيازات

9) **الخجل واضطراب التجنب (الانزواء) Avoidance Disorder:**

يطلق على حالة الخجل الشديد اضطراب التجنب، ويشير الى المراهق الوجل المفرط في تهيبه أو خجله، بحيث تعوزه الثقة في مجابهة ما يظهر أمامه من أمور عادية حتى وان كانت جديدة. ويمكن تعريف اضطراب التجنب على انه انكماش اجتماعي مفرط من الاختلاط بالغرباء. ويكون في خجل مخالطة الآخرين، والتحدث اليهم، وخجل حضور الاجتماعات، أو الاحتفالات. أو خجل المظهر فقد يعتري المراهق شعورا بالنقص بسبب وجود عاهات جسمية أو بسبب ما يسمعه من الآخرين عن نفسه منذ صغره أو نتيجة عوامل أخرى كانخفاض مستوى الثياب التي يلبسها. او عدم تمكنه من دفع اشتراكات أو تكاليف يطلب منه دفعها أو بسبب انخفاض مستوى تحصيله مقارنة بزملائه داخل الفصل. او افتقاده الشعور بالأمن، وإشعار المراهق بالتبعية، أو طلب الكمال أمام الأقران (أبو عبيد، 1996). وتقليد الوالدين وتدعيمهم له وتغيير الوطن. أو اضطرابات النمو الخاصة والمرض الجسمي.

10) الغيرة Jealous:

الغيرة حالة انفعالية يشعر بها الفرد في صورة غيظ من نفسه أو من المحيطين به أو احدهم. ويرتبط الشعور بالغيرة بنمو المشاعر والعلاقات بين المراهق وأمه منذ الأيام الأولى لولادته. وتصبح هذه العلاقة مهمة ومؤثرة في حياة المراهق مع العمر.

11) الكذب:

الكذب ونقيضه الصدق سلوكان مكتسبان ولا يورثان شأنهما في ذلك شأن الأمانة. ويعرف الكذب على انه سلوك اجتماعي غير سوي يؤدي الى العديد من المشكلات الاجتماعية. مثل عدم احترام الصدق، والخيانة، وغالبا ما يقوم به المراهق من اجل تغطية سلوك خاطئ قام به أو ذنب ارتكبه أو جريمة قام بها. بهدف التخلص من العقاب.

ينتشر **الكذب الخيالي: Fantastic lies لدى المراهق. كما** قد يلجأ الى الكذب أحيانا من غير قصد (**كذب الالتباس**). حينما تلتبس عليه الحقيقة ولا تساعده ذاكرته على سرد التفاصيل. فيحذف بعضها ويضيف بعضها الآخر. بما يتناسب وقدراته العقلية. وقد يشعر المراهق بالنقص فيلجأ إلى التعويض عن نقصه بتفخيم الذات أمام الآخرين (**الكذب الادعائي وكذب التفاخر: Lies of Exaggeration**). الا ان اكثر أنواع الكذب شيوعا بين المراهقين **الكذب الدفاعي (الانتقاعي)**. وهم يهدفون بهذا النوع من الكذب إلى إبعاد الأذى عنهم ومنع عقوبة متوقعة عليهم. ويتعلم المراهق معظم سلوكياته وهو صغير من أبويه والمحيطين به ويسعى لتقليدهم أنماط السلوك التي يقدمونها له وكأنها السلوك القدوة. وقد يندفع المراهق إلى الكذب حتى لا يقع عليه العقاب من قبل معلمه. وأن يصدق الأب قوله دون ان يتحرى الحقيقة منه. أو تبرير المراهق لمعلمه عن سلوك أحدثه وعدم قيام المعلم أيضا بتحري الحقيقة.

مراجع الوحلة الخامسة

المراجع العربية:

- إبراهيم ، عبد الستار (1994) **العلاج السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه**
- أبو عبيد، هيفاء (1996): **الانعزال عند الطلبة**. عمان: وزارة التربية والتعليم، رسالة المعلم، العدد: الرابع، المجلد السابع والثلاثون،
- أبو غزال، معاوية محمود (2006). **نظريات التطور الانساني وتطبيقاتها التربوية**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أبو لباد، ياسر. (2007). **جماعات الرفاق في المدارس خصائصها وانماط سلوكها الاجتماعية**. عمان: دار جرير للنشر والتوزيع.
- ابو مغلي، لينا . (2005). **تطور الصداقة لدى الطلبة الاردنين في الأعمار (10- 16) سنة وعلاقتها بالتكيف النفسي والاجتماعي والجنس**. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): **الطفل من الحمل الى الرشد (الجزء الثاني: الصبي والمراهق)**، الكويت: دار القلم
- الاشول، عادل عز الدين (2005): **علم النفس النمو**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- التهامي، حسين. (2008). **السلوك الإنساني مقدمة في العلوم السلوكية**. الجيزة، مصر: الدار العالمية للنشر والتوزيع.
- حسنين، أشرف عبد الكريم محمد (1999). **برنامج مقترح لرعاية الأحداث بالمؤسسات ذات النظام المفتوح لتعديل بعض الانحرافات السلوكية لديهم**، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- حسين، سلامة عبد العظيم، وحسين، طه عبد العظيم (2007). استراتيجيات ادارة الصراع المدرسي. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- الخالدي، عطا فؤاد (2008) **ارشاد المجموعات الخاصة**، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع. الاردن
- درويش، زين العابدين (1999). **علم النفس الاجتماعي: أسسه وتطبيقاته**. القاهرة: دار الفكر العربي.
- راجح، احمد. (2009). **أصول علم النفس**. عمان: دار الفكر.
- رجب، علا عبدالفتاح (1998). **الابتكار والذكاء لدى الأحداث الجانحين والأطفال العاديين في مرحلة الطفولة المتأخرة**، رسالة ماجستير غير منشورة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- رضوان، سامر جميل (2009): **الصحة النفسية**، عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع

- الريماوي، محمد (2003). **علم نفس النمو**. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع.
- الزبيدي، على جاسم عكلة (2009): **سيكولوجية الكبر والشيخوخة**. اثراء للنشر والتوزيع، الاردن.
- الزعبي ، احمد محمد (2006) **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، الطبعة الأولى ، مكتبة الر شد ، ناشرون
- زهران، حامد عبد السلام (2005). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، القاهرة: عالم الكتب.
- سوليفان، كيث، وكلارك، ماري، وجيني سوليفان (2007) **سلوك المشاغبة في المدارس الثانوية: ماهيته وكيفيته**. ترجمة طه عبد العظيم حسين. عمان: دار الفكر. الاردن
- شازال، جان (1983) **الطفولة الجانحة**، ترجمة: أنطوان عبده، بيروت: منشورات عويدات.
- شريم، رغده (2009). **سيكولوجية المراهقة**. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة
- شقير ، زينب محمود (2002) **علم النفس الإكلنيكي – التشخيص النفسي – العلاج النفسي والإرشاد النفسي** ، الطبعة الأولى ،دار الفكر للطباعة والنشر
- الشناوي، محمد محروس (1999). **نظريات الارشاد والعلاج النفسي**. القاهرة: دار غريب.
- عبد الغفار، عبد السلام (2007). **مقدمة في الصحة النفسية**: عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- عثمان، إبراهيم. (2006). **سيكولوجية النمو عند الأطفال**. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع، ودار المشرق الثقافي.
- العجمي، عبيد شبيب (1990). **التفكك الأسري وجنوح الأحداث – دراسة ميدانية في المجتمع الكويتي**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنيا، مصر.
- عدس، عبد الرحمن، توق، محي الدين (2005). **مدخل إلى علم النفس**. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- عقل، محمود عطا (1998): **النمو الانساني: الطفولة والمراهقة**. الرياض: دار المريخ للنشر والتوزيع.
- العيسوي، عبد الرحمن (1984). **سيكولوجية الجنوح**، بيروت: دار النهضة العربية.
- الفقي، حامد عبد العزيز (1995): **دراسات في سيكولوجية النمو**، الكويت: دار القلم.
- فهمي، مصطفى احمد (1995). **الانسان وصحته النفسية**. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- مرسي، سيد عبد الحميد (1996). **الارشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني**. القاهرة: مكتبة الخانجي.
- ملحم، سامي محمد (2013): علم نفس النمو: دورة حياة الانسان. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- المليجي، عبد المنعم والمليجي ،حلمي (1993). **النمو النفسي**.. القاهرة: دار النهضة العربية.
- هربرت، مارتن (1980). **مشكلات الطفولة**، ترجمة عبد المجيد نشواتي، دمشق: جامعة دمشق.

المراجع الأجنبية:

- American Psyctriatric Associatioin: Diagnostic & Statical Mannual of Mental, Disorders (DSM IV)
- Aronfreed, J. ; (1998). **Conduct and conscience: The socialization of internalized control over behavior.** New York: Academic press.
- Baer, J. ; (2009) **Adolescent development and the Junior high school environment. Social work in education.** V 21N4. p 238 – 48. Oct.
- Bandura, A. ; (1977). **Social Learning Theory**. New Jersey: Prentice – Hall, Inc. Englewood Cliffs.
- Behavenet. http: //www. behavenet. com/capsules. /disorders/Cndct. htm (1997-2003).
- Berk, L. E. ; (2007) **Infants, Children, and Adolescents**. Boston: Allyn and Bacon.
- Bernard, H. W. ; (2004). **Human development in Western culture.** Boston: Allyn and Bacon.
- Biehler, R. F. & Hudson, L. ; (2006). **Developmental psychology: An introduction.** Boston: Houghton Mifflin company.
- Blair, G. , et al. ; (2005). **Educational psychology**. New York: the Macmillan co.
- Brannon, L. , & Feist, J; (2009) **Health psychology**. Australia: Thomson learning academic recourses center.
- Cohen, E. (1995). **The Development of Social & Knowledge: Morality and Convention.** New York: Columbia University Press.
- Corey, G. (2005). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy**. U. S. A. Thomson, Brooks/Cole.
- David, G. (2007). ***Social development.*** New jersey: Englewood Cliffs.
- Foltz, Carol; And Others. (2005). **Proof Construction: Adolescent Development from Inductive to Deductive Problem-Solving Strategies**. Journal of Experimental Child Psychology; v59 n2 p179-95 Apr
- Gewirtz, J. L. ; (1999). **Mechanisms of social learning: some roles of stimulation and behavior in early human development.** (In) Handbook of socialization theory and research. Chicago: Rand McNally.
- Giancola, P. (2000). **Adolescent Behavior problems: peer pressure Is All It Is Cracked Up To Be**, the Erice Database

- Gormly, A. V. ; (1997). **Life - Span human development.** New York: Harcourt. Brace college publisher.
- Grace, J. , & Marguerite, K. ; (1995). **Children today**. New Jersey: Englewood cliffs, Prentice – Hall, Inc.
- Greenberger, Ellen; Chen, Chuansheng; Beam, Margaret R. (1998). **The Role of "Very Important" Nonparental Adults in Adolescent Development**. Journal of Youth and Adolescence; v27 n3 p321-43 Jun.
- Grinder, R. ; (1993). **Studies in adolescence**. New York: Macmillan.
- Grisec & Goodnow, (1994). **Children and Adolescents,** Third Addition. Allyn and bacon, Bosten.
- Halonen J. S. , & Santrock, J. W. ; (2009). Psychology: Contexts of behavior. Madison: Brown & Benchmark Publishers.
- Heward, W. , L. , & Orlansky, M. , D. , (2007). **Exceptional children**. New York: Merrill, an imprint of Macmillan Publishing company.
- Hines, Alice M. ; (1997) **Divorce-Related Transitions, Adolescent Development, and the Role of the Parent-Child Relationship: A Review of the Literature**. Journal of Marriage and the Family; v59 n2 p375-88 May.
- Hoffman (1991). **Psychology of Adolescence.** New York: Holt, Rinecart and Wiston, Inc.
- Hurlock, E. ; (1980) **Adolescence development**. New York: McGraw- Hill.
- Lingren, G. Herbert. (1995*). **Adolescence and peer pressure**.* (on – line). Available: File: //www. Mailto: pubsUni. Edu? Subject= Comment form NF 211
- Markstrom, Carol A.. (1999). **Religious Involvement and Adolescent Development**. Journal of Adolescence; v22 n2 p205-21 Apr.
- McCelland, D. ; (1991). **The achieving society**. New Jersey: Princeton, Von Nostrand Reinhold Co. ,
- Mead, M. ; (1998). **Male and Female**. New York: Dell.
- Mellou, Elein. (1994). ATheoretical perspective on the relationship between Dramatic play and creativity. ***Early child development and care,***100 (1). p71-89
- Merrell, K. (2003). **School social behavior scales, (SSBS-2).** Available: http: // www. assessment – intervention. com.
- Owens, K. B. ; (2006) **Child & adolescent development: An Integrated approach.** Australia: Wadsworth, Thomson learning.

- Pahuja, N. (2004). ***Psychology of learning and development.*** New delhi: anmol publications.
- Papalia D. E. , & Olds S. W. ; (2005) **Psychology**. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Papalia, D. E, & Olds, S. W. ; (2006) **A Child's world**. New York: McGraw – Hill, INC.
- Paulson, Sharon E. ; (1999). Rothlisberg, Barbara A. ; Marchant, Gregory J.. **Teachers' Perceptions of the Importance of an Adolescent Development Knowledge Base for Instructional Practice**. Research in Middle Level Education Quarterly; v22 n2 p25-38 Win.
- Petersen, Anne And Others.. ; (1995). **Adolescent Development and the Emergence of Sexuality.** Suicide and Life-Threatening Behavior; v25 suppl p4-17.
- Piaget, J. & Inhelder, B. ; (1969. **The psychology of the child**. New York: Basic books.
- Pikunas, J. ; (1996). **Human development: An Emergent science**. Tokyo: McGraw-Hill Kogakusha.
- Repp, A. C. ; (1983). **Teaching the mentally retarded.** New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice – Hall. Inc.
- Reppucci, N. Dickon. ; (1999). **Adolescent Development and Juvenile Justice. American** Journal of Community Psychology; v27 n3 p307-26 Jun
- Roediger, III, H. L. , et al. ; (2007). **Psychology**. Boston: Little Brown and Co.
- Rohwer, Jr. W. D. , et al. ; (2004) **Understanding intellectual development: Three approaches to theory and practice**. Hinsdale, Illinois: The Dryden press.
- Schickedanz, J. et al. ; (2004). **Understanding children**. London: Mayfield publishing company,
- Wigfield, Allan; Eccles, Jacquelynne S. (1995).. **Middle Grades Schooling and Early Adolescent Development: Part II: Interventions, Practices, Beliefs, and Contexts**. Journal of Early Adolescence; v15 n1 p5-8 Feb.
- Willard, Nancy. (2001). **The Nature of Morality and Moral Theories.** Retrieve August 12/2002. From. http://www.E/morla_dev_8. htm

الوحدة السادسة

الارشاد النفسي للراشد





الوحدة السادسة
الارشاد النفسي للراشد

أولاً: المقدمة:

(1 – 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: أهلا بك في الوحدة السادسة من هذا الكتاب والتي تبحث في نمو الراشد وأساليب ارشاده في الحياة الانسانية التي تتسم بالتعقد والتغير. وهي المرحلة التي تظهر على الفرد الذي ينهي تعليمه المدرسي ويدخل سوق العمل وتمثل ذروة انتاجه ووصوله الى تمام النضج.

تتألف الوحدة السادسة من هذا الكتاب من ستة أجزاء يبحث الجزء الأوول منها في طبيعة المرحلة وخصائصها، ويبحث الجزء الثاني في نمو شخصية الراشد ومسألة الهوية، ويبحث الجزء الثالث في زواج الراشد وحياته الأسرية. ويبحث الجزء الرابع في الصحة والمرض والاحساس بالالم وأهميته وفي الجزء الخامس يبحث في النمو المهني ومراحله وأساليب الارشاد فيه. أما الجزء السادس والأخير فيبحث في الاضطرابات النفسية للراشدين وأساليب الارشاد فيها.

(1 – 2) أهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادرا على أن:

1. تعرف من هو الراشد وخصائصه
2. توضح الحياة الاسرية للراشد
3. تبين صحة الراشد وتعرضه للمرض
4. توضح النمو المهني للراشد وأساليب الارشاد فيه
5. تحدد الاضطرابات النفسية للراشد وأساليب الارشاد فيها

ثانياً: طبيعة مرحلة الرشد وخصائصها:

تمثل مرحلة الرشد مرحلة جديدة في الحياة الانسانية تتسم بالتعقد والتغير (Kimmel, 1980). وقد أشار الباحثون الى سن الرشد باعتبارها الفترة الزمنية التي يصل فيها الفرد الى مرحلة نمو اختيارية Optional period وهي المرحلة التي تظهر على الفرد الذي ينهي تعليمه المدرسي ويدخل سوق العمل وتكون هذه المرحلة عادة عند حوالي سن 18 سنة. بينما أشار آخرون الى أن مرحلة الرشد تعتبر مرحلة الكبار التي تشتمل بالاضافة الى الفترة العمرية للشباب

مرحلة الشيخوخة التي تمتد حتى نهاية العمر وتمثل هذه المرحلة ذروة انتاج الفرد والوصول الى تمام النضج.

ويؤثر مدى نجاح الفرد او في فشله في تحقيق مطالب نموه على مدى نجاحه او فشله مستقبلا. وعندما يتخلف النضج بالفرد في اي ناحية من نواحيه الجسمية او العقلية المعرفية او الانفعالية العاطفية او الاجتماعية. فان الفرد يجد صعوبة في تكيفه لمطالب بيئته. مما يؤثر ذلك في انماط السلوك التي يحدثها. ولذلك نلاحظ عليه الحساسية والعدوانية والاندفاعية وغير ذلك من مظاهر السلوك التي تعبر عن عدم تكيفه. ومع نهاية هذه المرحلة تبدأ ظهور عوامل الانحدار والضعف التي تلازم الفرد بعد ذلك في شيخوخته. ويبدأ شعور الفرد بضعف قواه البدنية فيميل الى تعويض ذلك عن طريق نشاطه العقلي المعرفي وابتكار حلول جديدة لمشكلاته القديمة التي لم يعد يستطيع مواجهتها بالقوة البدنية.

(2 – 1) خصائص مرحلة الرشد:

تتميز هذه المرحلة من حياة الانسان بعدد من الخصائص الرئيسية التي تميزها عن غيرها من مراحل النمو الانساني تتمثل في الآتي: (Hurlock, 1980)

1) **الانجاب:**

تمثل مرحلة الرشد أكثر الادوار اهمية في حياة المرء. خاصة وانها ترتبط بعملية الزواج والوالدية والانجاب. حيث تقوم المرأة بدور رعاية الاطفال. وتكون الوالدية هي الشغل الشاغل لكل من الرجل والمرأة.

2) **الاستقرار:**

ومع قيام الراشد بدور العائل الذي يكسب قوت عيشه الى جانب دور الوالد الذي يقوم برعاية ابنائه أيضا. فانه يتبع نمطا ثابتا نسبيا من السلوك في مجالات الحياة. يميزه عن بقية الافراد من اعمار مختلفة. بحيث يصعب عليه تغيير نمط حياته التي اعتاد عليها في تلك المرحلة.

3) **الاستقلالية:**

وفي هذه المرحلة من العمر يواجه الراشد مشكلات عديدة تختلف كما ونوعا عن المشكلات التي واجهها في مرحلة الطفولة او المراهقة مما يستدعي اتخاذ قرارات مستقلة وحاسمة في حلها. وعدم لجوئه الى الآخرين (من والدين ومعلمين) في حلها.

4) اتخاذ القرارات الهامة:

وفي هذه المرحلة يسعى الراشد الى تحسس معالم الحياة الجديدة على الارض والذي وجد نفسه فيها بحيث يتطلب منه اتخاذ قرارات صعبة تحدد مسيرة حياته المستقبلية ومن سيشاركه حياته تلك من الجنس الأخر. مما يخلق جوا من التوتر والصراع لديه. أكثر تعقيدا وصعوبة مما كان يواجهها في فترة المراهقة. ومع ذلك نجد الراشد في منتصف الثلاثينات من العمر وقد حل معظم مشكلاته. ويتناقص التوتر الانفعالي ويلاحظ عليه حالة استقرار انفعالي مع نهاية مرحلة الرشد عند حوالي سن الاربعين.

ثالثاً: نمو الشخصية والتوافق ومسألة الهوية:

تعد مرحلة الرشد من اكثر مراحل النمو الانساني امتلاءا وفردية وتوحدا. فالفرد في هذه المرحلة يتعرض الى كم هائل من الضغوط من مختلف جوانب الحياة المحيطة به. من اجل ان يجد لنفسه مكانة في المجتمع ويحقق ذاته. بالرغم من تميز هذه المرحلة في عدم وجود دعم كاف للفرد كي يحقق هذا الانجاز. مقارنة بمراحل العمر السابقة وحتى اللاحقة (مرحلة الشيخوخة) ولذلك نلاحظ على الراشد الحركة والتغير اللذين يتم التعبير عنهما بطرق متعددة. يمكن تحديدها بما يلي:

(3 – 1) استقرار هوية الانا او الذات:

يقصد بهوية الانا او الذات Ego identity المشاعر التي يكونها الفرد عن نفسه. وتتسم بقلة تأثرها بخبرات الفرد المؤقتة او العارضة كما كان يحدث في مراحل عمرية سابقة. ويلاحظ التزام الشخص بالادوار الاجتماعية خاصة ما يتعلق منها بالدور المهني وكذلك بالآخرين كالزوجة والابناء. ويصبح الشخص اكثر استقرارا واتساقا ووضوحا مما حدا بالباحثين تسمية هذا التوجه باستقرار الهوية الشخصية (هوية الانا او الذات).

(3 – 2) تحرير العلاقات الشخصية:

ويصبح الشخص في هذه المرحلة أقل تأثرا برغباته ونزعاته وخيالاته الخاصة في علاقاته الشخصية اذا قورن بالمرحلة السابقة من النمو (مرحلة المراهقة). مما يسمح له بتنمية علاقاته مع الاخرين بما يتفق مع الخصائص والحاجات التي يتسم بها الاخرون. وتقل حالات الشعور بالقلق والتوتر. ويزداد تقبله للاخرين وتكوين علاقات شخصية ناجحة معهم.

(3 – 3) تعميق الميول والاهتمامات:

وفي مرحلة الرشد المبكر. يظهر الشخص التزاما حقيقيا بميوله واهتمامته سواء اكانت في المجال الاكاديمي أم في المجال المهني. وهو في هذه المرحلة يختلف عن مراحل النمو السابقة

التي تميزت بالتغير وقصر مدى اهتماماتهم وميولهم. وبالتالي فان الشخص في هذه المرحلة يستفيد من انشطته في ضوء المهارات التي يتعلمها والانجاز الذي يحققه. والاشباع الذي يحصل عليه.

(3 – 4) زيادة انسانية القيم:

يظهر على الافراد في مرحلة الرشد المبكر وعيا متزايدا بالمعنى الانساني للقيم وبالوظيفة التي تؤديها في المجتمع. وتتطور نظرته للاخلاق اعتمادا على خبرات الحياة والنظام القيمي العام للمجتمع.

(3 – 5) توسيع نطاق الرعاية:

ويتسع اهتمام الشخص في هذه المرحلة برفاهية الاخرين من زوجة وابناء واقارب واصدقاء وغيرهم من الاشخاص الاخرين خاصة اولئك الذين ينتمون الى الفئات الأقل حظا في المجتمع مثل الفقراء والمرضى والمقهورين. ويتزايد الاتجاه نحو التعاطف معهم.

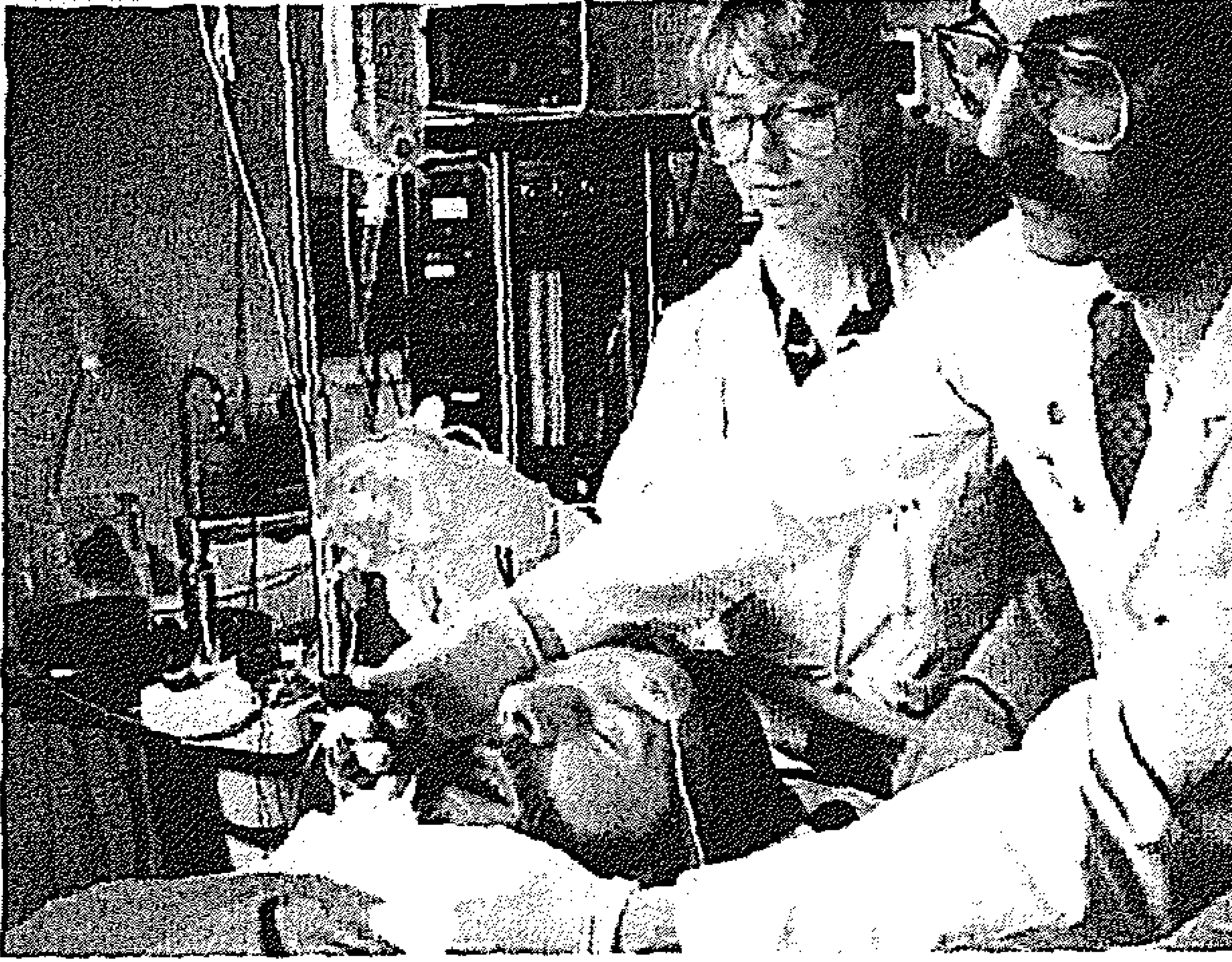
رابعاً: الزواج والحياة الأسرية:

الأسرة تنظيم اجتماعي يتألف من أب وأم وطفل أو أكثر لكل منهم ادواره ومسؤولياته. ويمكن النظر الى الأسرة من جانبين: **الجانب البنيوي** الذي يركز على نمط التنظيم الذي يميز هذه الوحدة المجتمعية وعلى تحديد أعضاء هذه الوحدة. وكيفية ارتباطهم بعضهم ببعض. وطبيعة العلاقات الاجتماعية بينهم. **والجانب الوظيفي** الذي يركز على انشطتها وعلى الدور الذي تلعبه في حياة افرادها.

وتقوم الاسرة بتكوينها الاساسي على عدد من الوظائف الهامة في حياة الفرد: فهي السياق الطبيعي للعلاقات الجنسية الشرعية، والانجاب الشرعي، واساس البنية الاجتماعية، والمؤسسة المسؤولة عن تطبيع أعضائها، وتنمية دور الرفقة بينهم. ويمثل الزواج وتكوين الاسرة أحد المؤشرات البارزة في حياة الراشد. ومع الرشد يصبح الانسان مسؤولا عن رعاية وتنشئة وتدريب وتربية الابناء. بعد ان كان هو نفسه مركز الرعاية والتنشئة من قبل الوالدين.

ولما كان لكل فرد شخصيته المتفردة التي تؤثر في طريقة تناوله للمواقف المختلفة وطريقة التعامل معها. فقد ظهرت مجموعة من الخصائص التي ترتبط بالرضا الزواجي تتمثل في كل منالنضج الانفعالي، والتحكم الذاتي وضبط النفس، والرغبة في اظهار الأدوار الشخصية لشريك الحياة، والقدرة على اظهار العاطفة والاعتبار نحو الاخرين، وعلى معالجة الاحباط والتحكم في الانفعالات، والتقدير العالي للذات، والمرونة.

خامساً: الصحة والمرض:

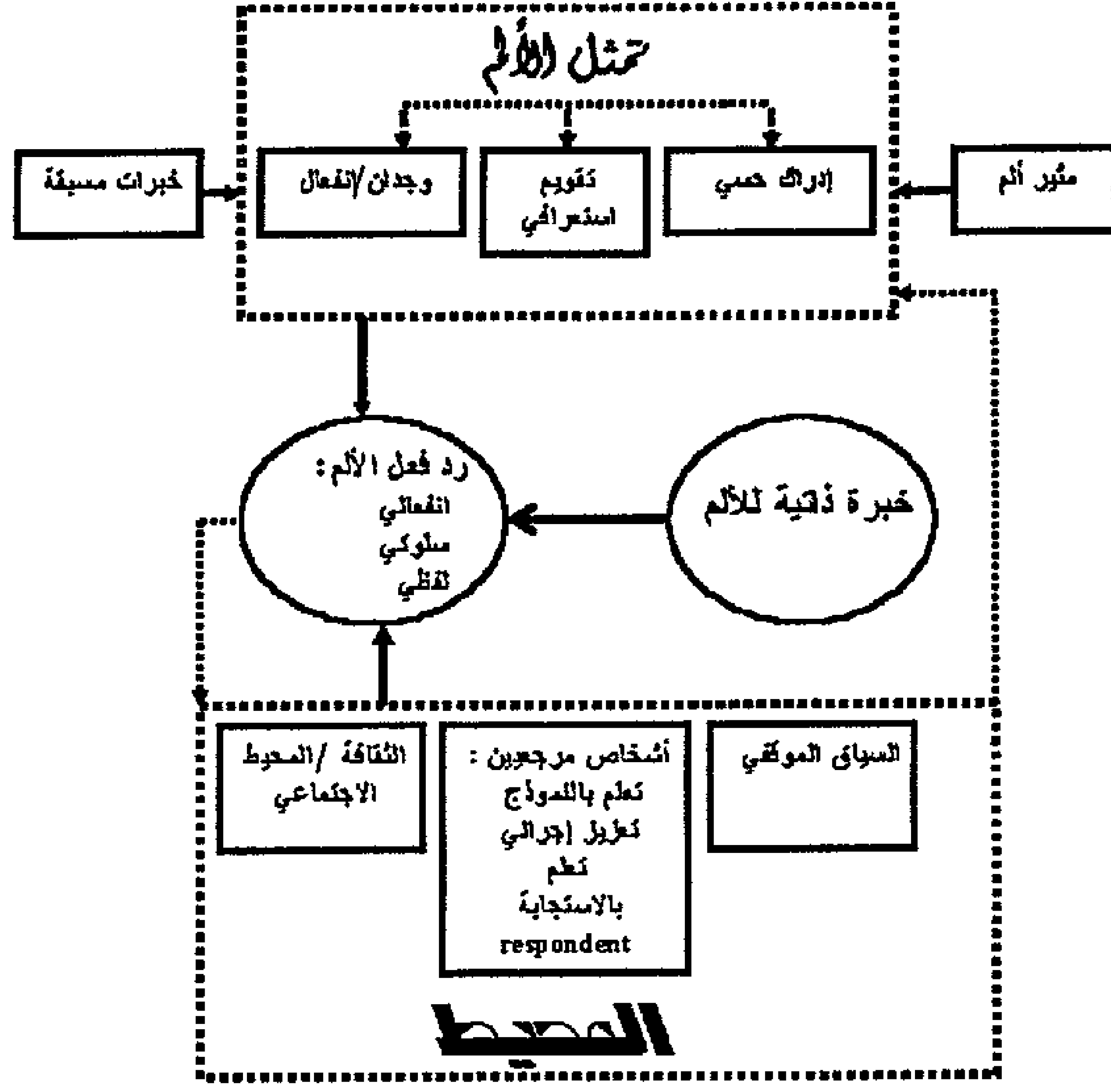


اشارت الدراسات الى ان الوراثة تتحكم جزئيا على الأقل في معدلات التدهور الجسمي لدى الافراد والمصاحب للتقدم في العمر. بالاضافة الى عدد من العوامل البيئية التي تلعب دورا بارزا في هذا المجال. فوفاة أحد الزوجين، أو الطلاق، وتغيير العمل او محل الاقامة تشكل ايضا مواقف ضاغطة تسرع بالتقدم في السن. وتزيد من قابلية الفرد للاصابة ببعض الامراض. وتحدثت الدراسات كذلك عن مدى العمر الذي يمكن ان يعيشه الفرد مشيرة الى ان الافراد المتزوجين يعيشون فترة اطول من اندادهم من غير المتزوجين. ويعزو الباحثون سبب ذلك بالاستقرار الاجتماعي الذي يهيؤه الزواج لهم. وان عددا من العوامل تلعب دورا هاما في التغلب على التغيرات الجسمية التي تصاحب التقدم في العمر. بالطريقة التي يتناول بها الفرد حياته. كما ان بعض العادات الشخصية التي تمارس من قبل الافراد ترتبط بالصحة والمرض وتمتد اثارها الى مرحلة الشيخوخة كالتدخين، وتعاطي المسكرات والمخدرات، والنوم الأقل من سبع ساعات في الليل، والفشل في تناول طعام الافطار، وزيادة الوزن، وعدم ممارسة الالعاب الرياضية بشكل منتظم، والأكل بين الوجبات. وتحدثت الدراسات كذلك الى ان معدل الوفيات يزداد بين اولئك الذين يمارسون اربع عادات او اكثر من العادات المشار اليها اعلاه.

(5 – 1) الاحساس بالالم:

الالم هو الاحساس الذي نشعر به عندما تصبح بعض جوانب البيئة خطرة على بعض أجزاء الجسم. ويكفي مثلا وخزة دبوس لكي تثير الاحساس بالألم. وكلما اصبح الحدث اكثر تطرفا كلما تزايد الاحساس بالالم. ويصعب على الفرد التكيف مع الاحساس بالالم. بحيث يصعب على الانسان ان يعتاد على الالم طالما ان الالم يعتبر بمثابة انذار بوجود شيء ما خطر يهدد الكائن الحي. وان على الكائن العمل على ازالة مصدر الخطر هذا. (Carson, et al.; 2007)

وتشير الدراسات المستفيضة في هذا المجال ان القبائل البدائية اكتشفت أن بعض مشتقات النباتات مثل الافيون والحشيش يمكن ان تقتل الالم. ولازال الطب في عصرنا الحاضر يستخدم مشتقات بعض هذه العقاقير كمزيل للالم. وأقرت الدراسات أيضا ان منطقة الاحساس في اللحاء هي الاكثر تأثيرا بالمواد المستخدمة في التخدير. حيث ان عمل القلب والرئتين يسيطر عليه النخاع المستطيل. ولا ينبغي تحت اية ظروف ايقاف عمل هذين العضوين.



شكل (1): الخبرة الذاتية للألم و واستجابات الألم

وبالرغم من ان الاحساس بالألم يصعب التكيف معه. الا ان الالم قابل للتعديل عن طريق الثلاموس. وان كان هذا التعديل يتم بصورة أقل من تعديل الاحساسات الجلدية. فلكل احساس مساره في الجهاز الثلاموسي. بحيث يمكن تمييز كل احساس عن الآخر. ذلك ان هناك مركزا في المنطقة الثلاموسية يسمى Medial nuclei يقوم بعملية التمايز الى ما هو سار وما هو غير سار.

ويجب ملاحظة انه عندما يتم تحديد منطقة الالم. فانها تكون منطقة مختلفة عن المنطقة الفعلية لمصدر الالم. وتسمى هذه الظاهرة بلفظ Referred pain وعلى سبيل المثال فان الالم الناجم عن التهاب الزائدة الدودية يقع تحت لثدي بينما الزائدة الدودية تقع في اسفل الارباع الايمن للبطن. وان الالم الناجم عن الذبحة الصدرية والذي ينتج بسبب انخفاض كمية الدم الواردة الى عضلة القلب. يقع في الكتف والذراع الايسر. وهكذا.. (اسماعيل، 2001)

(5 – 2) انواع الالم:

يمكن تصنيف الالم الى ثلاثة انواع رئيسة هي:

- **آلام الوخز Pricking:** وهي آلام يستشعرها المرء عندما تغرز ابرة في الجلد. او عندما يقطع الجلد بواسطة سكين
- **آلام حارقة burning:** للآلام الحارقة نفس خصائص آلام الوخز فنحن لا نستشعر منطقة الوخز خلال منطقة الالم. التي تماثل الحرق.

- **الام الأوجاع Aching: هذا النوع يمثل آلاما ميقة في الجسم بدرجات متفاوتة لا نستشعرها على سطح الجسم. وندما تنتشر الام الاوجاع ذات الشدة المنخفضة في مناطق عديدة من الجسم. فانها يمكن ان تؤدي الى احساسات غير سارة.**
- **وقد تجد انماط أخرى من الألم مثل: آلام الغثيان، وآلام التقلص أو التشنج.**

(5 – 3) اهمية الالم:

ان معظم أمراض الجسم تحدث الما لدينا. وتتوقف قدرتنا على تشخيص طبيعة المرضعلى معرفة الصفات المختلفة للالم. ومعرفة الكيفية التي يشار بها للالم. وكيف ينتشر الالم في كل الاتجاهات من المناطق المؤلمة. وما الاسباب المحدثة للالم. فالالم ميكانزم وقائي. يحدث عندما يصاب نسيج ما مؤديا بالفرد لأن يستجيب في محاولة لاستبعاد مصدر الالم. وأن الشخص الذي يفتقد احساسه بالالم كلية بسبب اصابة الحبل الشوكي. سوف لا يستشعر الالم. ولكن كيف نقيس الالم؟

(5 – 4) انتقال اشارات الالم في الجهاز العصبي المركزي:

ينتقل الالم في النخاع المستطيل كلية تقريبا في الناحية الجانبيةLateral من المسار الشوكي – الثلاموسي. ومعظم الياف هذا المسار تنتهي في المخ المؤخريHindbrain (النخاع المستطيل والمخيخ) ولكن جزءا من هذه الالياف يمر الى الثلاموس حيث ينتهي في مجموعة الانوية الخلفية وتعمل هذه الالياف التي تنتهي في المخ المؤخري على استثارة مسلكين آخرين على الاقل ينقلان اشارات الالم الى اعلى حيث المراكز العليا للمخ. فهي أولا تحدث استثارة عامة للتكوين الشبكي الذي ينقل بدوره اشارات الى الثلاموس والهيبثلاموس. وتمر ثانيا: اشارات الالم الى الثلاموس خلال مسلك Central gray pathway معين وهو مساند لنقل اشارات الالم ويؤدي تدميره الى خفض شديد للاحساس بالالم. اضافة الى ذلك. فاننا نجد مسلكا آخر هو Central segmental pathwayيلعب دورا مختلفا في الاحساس بالالم. اذ يعمل على قمع الالم. وعندما يتلف هذا المسلك يصبح المرء حساسا جدا للالم (اسماعيل، 2001).

(5 – 5) الاستجابة للالم:

يؤدي الالم الى حدوث استجابة في شكل منعكس حركي. وكذلك حدوث استجابة نفسية. وبعض الاستجابات المنعكسة تحدث مباشرة من الحبل الشوكي. حيث تتضمن الاستجابة النفسية للالم كل المظاهر المألوفة لاستجابات الالم مثل الصياح، والقلق، والاكتئاب، والغثيان. وتتفاوت هذه الاستجابات تفاوتا ضخما من شخص لآخر.

(5 – 6) انحرافات الحس Parentheses:

قد يستثار احيانا مسار عصبي حسي بسبب تغير مرضي في العصب الطرفي او الجهاز العصبي المركزي. ومن ثم تنتقل تنبيهات تلقائية من الالياف العصبية المستثارة الى المخ. فتؤدي الى احساسات بالالم في موضع طرفي من الجسم. ويلاحظ ان المنطقة التي تصاب بالالم يمكن ان تسبب في اي نمط من الاحساسات. وهذا يتوقف على نمط الالياف المشتركة.

5: 7 زيادة الحس Hyperesthesia

زيادة الحس مماثل لانحرافات الحس. والاسباب الرئيسية لزيادة الحس هي حساسية زائدة للاعصاب الحسية ذاتها. وتسهيل نقل الاحساسات. ومن امثلة الحساسية الزائدة اصابة الشخص بحروق الشمس.

5: 8 الصداع: (آلام الرأس):

ان اغلب اوجاع الرأس ليس سببها أذى في المخ ذاته. ومع ذلك. فان الحاق الأذى بمناطق مثل Tantrum, Venous sinuses او تمدد الام الجافية عند قاعدة المخ يمكن ان تؤدي الى الم شديد يستشعره المرء كنوع من وجع الرأس. كما أن اي شكل من اشكال الصدمة او السحق او التمدد للاوعية الدموية التي تغذي الام الجافية يمكن ان تحدث وجع الرأس. وان احد اكثر المناطق حساسية في الدماغ كلها هو الشريان السحائي الاوسط. وان اشد انواع الصداع تلك التي تنتج عن:

- تنبيه السحايا والذي يسبب التهابا لكل السحايا بما في ذلك المناطق الحساسة من الام الجافية وحول الوريد الجيبي.
- وكتلك التي تنجم عن استثارة السحايا بسبب ورم في المخ.

ويمثل الصداع النصفي Migraine نمطا خاصا من وجع الرأس ينشأ عادة من ظواهر غير سوية للأوعية الدموية. لا تزال غير معروفة. ويبدأ الصداع النصفي باحساسات متنوعة تسبق العرض نفسه بنصف ساعة أو ساعة تقريبا. مثل الغثيان، اضطراب في الابصار، هلاوس حسية. ويعزو بعض المنظرين سبب الصداع النصفي الى حدوث انفعال او توتر يؤدي الى قيام منعكس في شكل تقلص لبعض شرايين الراس كما في ذلك الشرايين المغذية للمخ ذاته. وكذلك في احداث تقلص بدرجة متوسطة في عضلات الراس. وقد ينتج الصداع النصفي من اضطراب في التركيب الانفي وما يحيط به. أو من اضطرابات العين بحيث تؤدي الصعوبة في تركيز الابصار الى انقباض متزايد للضعلات الهدبية بهدف امكانية الرؤية بشكل جيد.

(5 – 9) السكتة الدماغية:

تحصل السكتة الدماغية نتيجة خثرة دموية في أي قسم من الدماغ. إذ تمنع التزوّد بالدم ما يؤدي إلى حدوث الضرر. وقد يكون هذا الضرر طفيفاً أوشديداً كما أنه قد يكون دائماً أو مؤقتاً. ثم إن إصابة القسم الأيسر من الدماغتؤدي إلى شلل في القسم الأيمن من الجسم والعكس صحيح. إضافة إلى هذه العوارض، ربمايشعر المرء بدوار وعدم ثبات، بتثاقل الذراع أو الرجال وصعوبة في البلغ أو التفكيرأو مشاكل تنفسية. ويمكن للخثرة أن تستقر في أحد شرايين الدماغ فتحبس الدم مما يسببضرراً للمنطقة المحيطة.

إن آليات عمل الجسم المختلفة يمكن أن تؤدي إلى السكتة الدماغية مثل الصمّة (embolus) وهي سدادة تبدأ من خثرة دموية تشكلت في مكان في الجسم مثل القلب ويمكنلهذه الخثرة أن تنتقل عبر شرايين الصدر والرقبة حيث تصل أخيراً إلى أحد الأوعية في الدماغ.

سادساً: النمو المهني:

ان احدى مهام النمو الهامة لهذه المرحلة تتمثل في وصول الفرد الى دور مهني مرن يبدو مثيرا ومنتجا ومرضيا من الوجهة المالية. (Wolman, 1982) وان الافراد الذين لم يحققوا انجازا مع بداية هذه المرحلة يسعون الى اعادة تقييم أهداف حياتهم. وفي هذه المرحلة بالذات فان الافراد (ذكورا واناثا) يحرزون أعلى مكانة ودخل في حياتهم المهنية. ومع ذلك فان فروقا واضحة مع التقدم في العمر تظهر عليهم خاصة فيما يرتبط بالمكانة المهنية والدخل. ويشير الباحثون الى ان هذه الفروق تعزى الى كل من: درجة الالتزام بالعمل؛ والميل للنجاح، ومقدار دافع الانجاز، بالاضافة الى عدد من سمات الشخصية تميز الافراد بعضهم لبعض. (ابو حطب، 1999).

ومع اقتراب الفرد من سن التقاعد يبدأ في سؤال نفسه: ماذا أفعل بوقتي؟خاصة بعد ان يكون الابناء قد تركوا منزل والديهم واستقلوا في حياتهم. ومن هنا كان من ابرز الاهداف التي يسعى اليها الفرد في هذه المرحلة من العمر احداث التكامل بين عمله واسرته ووقت الفراغ. فأي نشاط يقوم به الفرد قد يساعده على تخطي صراع الادوار في مراحل عمره المختلفة وعلى اشباع حاجاته بطرق لا توفرها لها جوانب الحياة الأخرى (العمل).

(6 – 1) مراحل النمو المهني:

ساهم سوبر بشكل فاعل في ميدان السلوك المهني وخاصة فيما يتعلق بمراحل النمو المهني مقترحا خمسة مراحل رئيسية للنمو المهني للفرد اشتملت على الآتي (Osipow, 2003):

المرحلة الأولى (مرحلة النمو Growth stage):

تشتمل هذه المرحلة من الولادة وحتى سن 14 سنة: وفي هذه المرحلة تختص بالنمو والقدرات والاتجاهات والاهتمامات والحاجات المشتركة مع مفهوم الذات. (Zunker, 2002). وتهدف هذه المرحلة الى مساعدة الفرد على تحقيق ذاته عن طريق القيام بأدوار مختلفة في الحياة المدرسية. وفي نهاية هذه المرحلة فانه يتكون لدى الفرد فكرة عن قدراته واهتماماته التي تساعده في التنبؤ بمستقبله المهني. وقد اشار سوبر الى ثلاث مراحل نمائية فرعية هي:

- **مرحلة الخيال:** حيث تلعب اهتمامات الطفل دورا اساسيا في توجيه نشاطه
- **مرحلة الامكانية:** حيث تبدأ القدرات الخاصة بالظهور نتيجة الخبرات السابقة وهي تساعد الفرد على اكتساب اتجاهات ايجابية نحو العمل (ابو عيطه، 2002).

المرحلة الثانية (مرحلة الاستكشاف Exploration stage):

تشتمل هذه المرحلة من سن: 15 – 24 سنة: وتختص هذه المرحلة بالمظهر التجريبي الاوسع. حيث تتضمن بعض التفضيل المهني وبداية التدريب على مهنة معينة. فيجرب العمل من خلال خبراته التي مر بها. وغالبا ما يشتمل ذلك على تربية متخصصة او نوعية كتلك التي توفرها مراكز التدريب المهني لطلبة ما بعد المرحلة الثانوية او برامج الكليات المهنية. وينمو لديه اختيار أولي ومهارات مناسبة للعمل. وقد قسم سوبر هذه المرحلة الى ثلاث مراحل فرعية هي:

- **المرحلة المبدأية:** وهي من سن 15 – 17 سنة. ويتم خلالها بلورة الاختبارات المهنية عن طريق معرفة حاجات وميول وقدرات وقيم المراهق.
- **مرحلة الانتقال:** وهي من سن: 18 – 21 سنة وهي مرحلة التخصيص. وهي مرحلة واقعية يلتحق بها الشاب في العمل ويبدأ بالتدريب لمهنة المستقبل.
- **مرحلة المحاولة أو مرحلة تحقيق الاختيار المهني:** وهي من سن 22 – 24 سنة. حيث يلتحق الفرد بمجال العمل الملائم ويكون له مهنة محددة.

وتحدث سوبر عن النضج المهني في هذه المرحلة واعتبرت مساهمة رئيسية في نظريات النمو المهني فمهمات النمو الانساني والنمو المهني مستمرة مدى الحياة وعلى مراحل في كلا الجانبين. وقد تحدث في هذا الجانب عن ستة ابعاد وجد انها تناسب المراهقين في هذه المرحلة:

- **التوجه نحو الخيار المهني:** وفيها يتم تحديد الاتجاهات الواسعة للاهتمامات الفردية التي تؤثر في صياغة الخيار النهائي للمهنة.

- **المعلومات والتخطيط:** المهمة هنا تحديد المعلومات المهنية المتعلقة بالقرار المهني لمهنة المستقبل والتخطيط السابق الذي تم انجازه.
- **ملاءمة التفضيل المهني:** الصفات الفردية وما يلائمها للتفضيل المنتخب.
- **خاصية البلورة:** التقدم الفردي وأثره على صياغة مفهوم الذات.
- **الاستقلال المهني:** وهي استقلالية تجربة العمل.
- **الحكمة من التفضيلات المهنية:** دور القدرات الفردية في صناعة التفضيلات الواقعية المناسبة للاعمال الشخصية.

المرحلة الثالثة (مرحلة التحقيق أو التأسيس Establishment stage)

تشتمل هذه المرحلة من سن: 25 – 44 سنة: وهي مرحلة الاستقرار والدخول الى عالم العمل لأول مرة. وممارسة التدريب الذي تلقاء الفرد عمليا. ومن خلال خبرات وتجارب العمل (Zunker, 2002) وقد فقسم سوبر هذه المرحلة الى مرحلتين فرعيتين هما:

- **مرحلة الثبات:** وهي من سن 25 – 34 سنة. وهي تعني الثبات في العمل بعد ان يتأكد من ملاءمته له. وانه يعمل على اشباع حاجته. الا انه احيانا وخلال هذه المرحلة يغير الفرد عمله اكثر من مرة حتى يصل لمرحلة الثبات ويكاشف من خلالها ان هذه هي طبيعة العمل الذي يستطيع القيام به؟
- **مرحلة التماسك والاندماج:** وهي من سن 35 – 44 سنة. ويعتبرها الباحثون مرحلة الاستقرار حيث يصبح النمط المهني واضحا. كما انها مرحلة التغير الجوهري في ادراك الذات لدى بعض الناس. حيث يبدأ العديد من الافراد ممن هم في هذه السن في ادراك انفسهم كراشدين لأول مرة. وتتميز هذه المرحلة بالابتكار والابداع وتحسن الانتاج المهني (ابو عيطة، 2002).

المرحلة الرابعة (مرحلة الاستقرار أو الاحتفاظ Maintenance stage):

تشتمل هذه المرحلة من سن: عمر 45 – 64 سنة: وفي هذه المرحلة يزداد استقرار الفرد في مجال مهنته. كما يبدأ في تنمية مكانته المهنية من خلال الترقي فيها. وتتواصل لديه عملية التكيف والتعديل المستمر في العمل لتحسين مركزه مع الميل الى عدم تغيير المهنة. وفي هذه المرحلة يحاول الفرد المحافظة على ما حققه من مكانة في مهنته مع الميل نحو عدم التغيير من خلال اسس ثابتة. (أبو عيطة، 2002).

المرحلة الخامسة (مرحلة الانحدار Decline):

تشتمل هذه المرحلة من سن: 65 وما بعدها: وتختص هذه المرحلة بمرحلة ما قبل التقاعد ومخرجات العمل ونتيجة التقاعد (Zunker, 2002) وهي مرحلة البلورة المهنية Consolidation او التقدم المهني Advancement يصل الفرد فيها الى قمة كفاءته ويحرز مستوى رفيعا من القيادة او السلطة. كما يتم من خلال هذه المرحلة ترسيخ المكتسبات والتقليل من الالتزامات وتنتهي بالتقاعد.

وتظهر الحاجة الى الارشاد في هذه المرحلة من اجل مساعدة الفرد على اداء ادوار جديدة. وقد قسم سوبر هذه المرحلة الى مرحلتين فرعيتين هما:

- **مرحلة الابطاء:** وهي من سن 65 – 70 سنة. حيث يحدث التقاعد. وقد تبطيء سرعة العمل وتتغير الواجبات وطبيعة العمل. كما يقوم كبار السن في هذه المرحلة بعمل لبعض الوقت او القيام بأعمال استشارية بسيطة.
- **مرحلة التقاعد:** وهي بعد سن 70 حيث يختلف الافراد في التوقف عن الاستمرار في المهنة. وقد يكون سهلا ممتعا بالنسبة لبعض الافراد. وقد يكون صعبا للاخرين وتنتهي هذه المرحلة بالوفاة.

ويمثل الجدول (6: 1) مراحل النمو المهني يمثلها الجدول رقم (4: 1) (Brown, 2007):

	مرحلة النمو	خصائص المرحلة
1	النمو (من الميلاد – 14،15 سنة)	تتميز هذه المرحلة بنمو الكفاءة والتوجهات والميول والحاجات المرتبطة بمفهوم الذات
2	الاستكشاف (من 15 – 24 سنة)	مرحلة تجريبية حيث تضيق الاختيارات ولكن لا تنتهي
3	التأسيس (من 25 – 44 سنة)	وتتميز بالمحاولة والاستقرار من خلال خبرات العمل
4	الإستقرار (من 45 – 64)	وتتميز بعملية تكيف مستمرة لتحسين موقف العمل والمكانة
5	الإنحدار (65 +)	و تتميز باعتبارات ما قبل التقاعد و تقليل مخرجات العمل ثم التقاعد في النهاية

و توفر مراحل النمو هذه إطارا للسلوك والتوجيه المهني والذي يبرز من خلال خمسة انشطة معروفه على أنها مهمات النمو المهني ومخطط لها في تقسيم زمني تقريبي حيث يمكن حدوث هذه المهام في مستويات عمرية أخرى.

الجدول (6: 2) مهمات النمو المهني Vocational Development Tasks:

المهام	العمر	الخصائص العامة
البلورة	14 – 18	عملية معرفية تشكل أهداف مهنية عامه من خلال الوعي بالمصادر و التماس و الميول و القيم و التخطيط لمهنه مفضلة
التخصيص	18 – 21	مرحلة انتقال من التفضيل المهني التجريبي إلى تفضيلات مهنية خاصة
التطبيق	21 – 24	مرحلة اكتمال التدريب التفضيلي المهني و دخول مجال العمل
الاستقرار	24 – 35	مرحلة تثبيت المهنة المفضلة بالخبرة الحقيقية في العمل واستخدام المواهب في تقديم الاختيار المهني الأنسب
الاندماج	35+	مرحلة التأسيس في مهنه ما بالتقدم و المكانه والإشراف

وحدد جينزبيرج ثلاثة مراحل رئيسية للنمو المهني هي (Zunker, 2002):

1. المرحلة الخيالية The fantasy period:

وتقع في الفترة قبل سن 11 سنة وتتميز بالميل الى اللعب في المرحلة الاولى ومع اقتراب نهاية هذه المرحلة يوجه اللعب نحو العمل.

2. الفترة التجريبية the tentative period:

وتقع هذه المرحلة ما بين سن 11 – 17 سنة وتعد هذه الفترة عملية تحولية تتميز بالمعرفة التدريجية بمتطلبات العمل. ومعرفة الرغبات والقدرات ومكافآت العمل والقيم ومنظور الوقت. وتنقسم هذه الفترة الى أربعة مراحل فرعية هي:

أ. مرحلة الميل Interest stage:

وتقع في سن 11 و12 سنة حيث يبدأ الطفل في التعرف على الحاجة وتحديد اتجاه مهني. وتظهر الحاجة وتنعكس في الاهتمام المتنامي في التعريف لأنشطة مرغوبة وغير مرغوبة. وغالبا ما تعكس خياراته بالنسبة للمتعة داخلية المنشأ ارتباطا قويا بالاب على شكل مؤشرات متناقضة. ويعرف الاطفال عدم استقرارهم نتيجة لتوقع التغيرات الجسمية والانفعالية في

المراهقين وقبول الحاجة والامكانية لتأجيل الخيارات الاخيرة حتى تصبح أكبر. ومع ذلك يبدأ الاطفال بتحديد منطقة اختيارهم أثناء مرحلة الرغبة.

ب. مرحلة القدرة: Capacity stage

وتقع في الفترة ما بين سن 12 – 14 سنة تتبع مرحلة الرغبة منطقيا وهذا يدخل الطلاب فترة القدرة في اعتباراتهم المهنية ويبدأون بتقييم قدرتهم جيدا في المجالات التي يرغبون بها. وهنا يظهر تدن في درجة الارتباط بالاب.

ج. مرحلة القيمة: Value stage

وتقع في الفترة ما بين 15 – 16 سنة. حيث يمر الطلاب بتغيرات ملحوظة جدا في طريقة فهمهم للاختيار المهني. ويلاحظ في هذه الفترة دخول الطلبة فترة خدمة المجتمع مع ادراكهم لحقيقة ان العمل يقدم مما هو اكثر من اشباع لحاجاتهم. وتظهر لاول مؤشرات على اختيار المهنة مثل الطب لأسباب انسانية وليس بسبب مكافأته او نشاطات العمل داخلية المنشأ. وان الطلبة يبدأون بتطوير منظور زمني اوسع مما كان لديهم في السابق. كما يبدأون التفكير بمهنة بعيدة عن الانشطة التي ستصبح في النهاية نمط حياة بالنسبة لهم. مع اتساع منظورهم للوقت فيصبحون اكثر حساسية لقرب حدوث الالتزام المهني.

د. مرحلة التحول:

وتقع في سن 17 أو 18 تقريبا. وتعد اهدأ من المرحلة السابقة حيث يبدأ الفرد بمواجهة الضرورة لاتخاذ قرارات فورية ومتماسكة وبواقعية بالنسبة للمستقبل المهني. وعلاوة على ذلك، فان الشخص في هذه المرحلة يتحمل نتائج مسؤولية القرارات التي يتخذها. وتبدأ مرحلة الاستقلالية نتيجة الحرية الزائدة التي يتمتع بها في هذه الفترة فتؤدي به الى البحث عن محيط جديد لتجربة المهارات والمواهب لديه. ويحدث لديه كذلك ادراك كبير للظروف الخارجية للعمل ونوع الاعداد اللازم للمهن المختلفة والنعرف على المكافآت المالية ويزداد ادراكه لظروف الحياة المختلفة اكثر. وتزداد دوافعه الجنسية ورغبته بالزواج المبكر والاندفاع نحو ضرورة تأخير الزواج من اجل متابعة التدريب المهني المطلوب.

3. مرحلة الاختيار الواقعي Realistic choice:

وتمتد هذه المرحلة حتى سن 22 وتقع هذه المرحلة في سن 17، 18 وحتى سن 22 – 24 سنة. وتسمى بمرحلة المراهقة المتوسطة. حيث تتكامل القدرات والرغبات مع مزيد من التطوير للقيم وتحديد اكبر للاختيار المهني وبلورة قرارته المهنية. وهذه المرحلة تختلف في توقيتها عن كثير من المراحل الاخرى بسبب انماط التدريب المختلفة التي تتطلبها المهنة من ناحية، والنضج

البيولوجي من ناحية أخرى حيث يؤثر بشكل كبير على معدل تقدم الطلبة خلال الفترة التجريبية. ويبدأ تأثير التغيرات البيولوجية بالانخفاض في فترة سن 18 و 19 سنة. وتنقسم هذه المرحلة الى ثلاث مراحل فرعية هي:

أ. مرحلة الاستكشاف Exploration stage:

تتمثل هذه المرحلة بدخول الجامعة وتناقص فرص تحديد اهداف الفرد واختياراته. وتحديد فرص العمل التي ترتبط بنوع الدراسة وحاجة السوق لهاوتتمثل في دخول الجامعة وتناقص فرص تحديد اهداف الفرد واختياراته. وتحديد فرص العمل التي ترتبط بنوع الدراسة وحاجة السوق لها. وتبدأ هذه المرحلة عند دخول الجامعة وتتميز هذه الفترة بأهداف تتميز بقدر كبير من المرونة المهنية وبانتقال الطالب الى الجامعة، فانه يتمتع بحرية اكبر من السابق. ولكن على حساب قدر كبير من الغموض وعدم الحسم العام. لأن رغبات الطلبة في هذه المرحلة لا تزال تتغير. ويختار الطالب عادة من بين رغبتين او اكثر مهنة ربما تكون غير مرضية ويزداد شعوره بضغط الوقت.

ب. مرحلة التبلور Crystallization stage:

وهي المرحلة التي تصاحب تخرج الفرد من الجامعة وتمتد من سن 20 – 22حيث يشعر فيها الفرد بأن ما لديه من معلومات عن نفسه تمكنه من اتخاذ قرار جاد لاختيار مهنة محددة. وفي هذه المرحلة يكون الطلاب قد اصبحوا اكثر انخراطا في مجال أكثر تحديدا في اختيار المهنة المناسبة. وان لديهم فكرة واضحة عن المهام الرئيسية المهنية التي يريدون تجنبها. كما أن قدرتهم في عملية الاختبار تنمو وتكبر. ويرى جينزبيرج وزملاؤه ان بعض الطلبة لا يزال في مرحلة عدم البلورة هذه واسموها بمرحلة البلورة الكاذبة والتي يتصرف فيها الطالب ويتصرف وكأنه يبلور قراره برغم الوقائع المتلاحقة التي تشير خلاف ذلك.

ج. مرحلة التخصص Specification:

ويظهر في هذه المرحلة نجاح الفرد وشعوره بالرضا والسعادة في العمل وتمثل هذه المرحلة النقطة النهائية في النمو المهني. حيث يفكر الفرد في اختياره لوظيفة محددة او تخصص جامعي فرعي.

واهتم تيدمان بمراحل النمو المهني للفرد وحدد دورها في مساعدة الفرد في تنمية قدرته على ضبط الذات وتسييرها والقدرة على اتخاذ القرار مشيرا الى سبع خطوات تشتمل على مرحلتين رئيسيتين هما:

المرحلة الاولى: وهي مرحلة بناء التوقع:

تهدف هذه المرحلة الى توعية الفرد بحاجاته من خلال التواصل مع البيئات المهنية المختلفة من اجل معرفة وتحديد البدائل المهنية المتوقعة. ويتم ذلك من خلال عملية التحليل والتواصل الى اقل عدد ممكن من البدائل وتحقيق المفاضلة بين المهن المتشابهة المتقاربة. حيث يصل الفرد الى اختيار تجريبي مؤقت للمهنة على ان يراجع هذا الاختيار ويتحقق من نتائجه بالتجريب. وتشتمل هذه المرحلة على ست خطوات رئيسة هي (ابو عيطه، 2002):

- الاستكشاف.
- التبلور.
- الاختيار التجريبي.
- التوضيح والتفسير.
- البدء بالعمل.
- تعديل وتصحيح الاختيار.
- الاندماج في المجتمع المهني.

المرحلة الثانية: مرحلة البدء بالعمل وتنفيذه:

تبدأ هذه المرحلة بالالتحاق في الدراسة الجامعية وبالعمل الفعلي وتستمر مدى الحياة. وفي هذه المرحلة يعيش الفرد في البيئة المهنية التي سيعمل بها مستقبلا. ويكتسب من خلالها السلوك المهني الذي يتفق مع متطلبات مهنته ويقوم بتعديل سلوكه وفقا لذلك. وخلال فترة عمله في مهنته يقوم بتعديل وتصحيح اختياره المهني الى ان يصل الى القرار النهائي والاندماج في المهنة.

(6 – 2) اساليب الارشاد المهني للراشد:

وضع سوبر برنامجا ارشاديا متكاملا ينتقل من خلاله الفرد من مرحلة الى مرحلة بناء على ما يتم تحقيقه في المرحلة السابقة. وان العملية الارشادية تتبع اسلوبا خاصا مع الناضجين مهنيا. حيث يتم تزويدهم بمعلومات عن قدراتهم ومهاراتهم واهتماماتهم. من اجل مساعدتهم على اتخاذ قرار دراسي او مهني بما يتفق والمرحلة العمرية التي يمر بها الافراد. لتوضيح الدور الذي يجب ان يقوم به الفرد. ومساعدته لمعرفة طبيعة السلوك المهني الذي يجب ان يحققه.

اشار سوبر الى اهمية جمع وفهم المعلومات التي تناسب شخصية الفرد والمؤدية الى اتخاذ القرار المناسب. أما لغير الناضجين فان الارشاد يكون في الاهتمام اكثر بالمهمات العادية، والاختلاف هنا ان معرفتهم غير ناضجة حول الاختبار.

يبدأ الارشاد المهني كما يراه سوبر في طرح الاسئلة، تمهيدا لاحداث الانطباع المهني وقرار التعليم. وعلى المرشدين ان يقوموا بما يلي:

- العمل على توجيه الطلبة للمهمات المطلوبة خلال مراحل حياتهم للعمل.
- تحديد العمل في اذهان الطلبة وملاءمتها للاختيار المهني وهي التي يزداد الطلب عليها باستخدام المصادر للاختيار وتطوير الفهم في الحقل الوظيفي. والذي يكون اكثر فائدة للطالب.
- وعندما تتم تلك الاهداف: يمتلك الطالب بعدها التقنيات ويستطيع تقييم هذا الحقل لتمييز الوظائف الاخرى ويستطيع وصفها واكتشافها.

وفي الارشاد المهني الفردي فان المرشد يكون مسؤولا عن مشاعر العملاء. وعلى المرشد المهني الالمام بالمشاعر الغامضة والمبهمة.

وعادة ما يبدأ الارشاد المهني من خلال المقابلة، والمعلومات الاستدلالية المتاحة حول ثقافة العميل ووضعه الاجتماعي، وخلفيته البيولوجية. بحيث تمكن المرشد من مساعدة العميل على اتخاذ القرار المناسب (Osipow, 2003).

اشار سوبر الى العلاقة المتينة التي تربط بين التكيف العاطفي والانفعالي وبين اجراءات الارشاد. فاذا حلت القضايا العاطفية فان القضايا المهنية وغير المهنية يمكن حلها ايضا.

كما تحدث سوبر عن ارشاد الموهوبين. وغير الموهوبين. فالافراد الذين يتميزون بمواهب متعددة يتحركون في من مجال الى مجال آخر بحثا عن فرص عمل اوسع وافضل. وقد ينجحون في مهنة معينة ثم يتركونها الى مناصب ادارية عليا. وهؤلاء الاشخاص – كما يشير الباحثون – (عبد الهادي والعزة، 1999) هم الذين يجب مساعدتهم في مرحلة الدراسة الثانوية والجامعية على الالتحاق بالتخصص المناسب لأنهم يعبرون عادة عن تفضيلات مهنية معينة. ويتنقلون من مهنة الى مهنة اخرى دون نظام ويتميزون بصفة عدم الاستمرارية في اعمالهم.

اهتم سوبر بمشكلة التقاعد عند الفرد واقترح ازاء ذلك عددا من المشاكل التي تواجه المتقاعدين مقدما لهم حلولا بديلة تعتمد اساسا على مجال المهنة. واقترح استخدام التقييم

المهني وشجع على استخدام الخبرات وجمع المعلومات خارج مكتب الارشاد ومصادر المجتمع من اجل مساعدة الافراد على ملاحظة الخطوات المناسبة لاتخاذ القرار.

سابعاً: الاضطرابات النفسية للراشدين واساليب الارشاد فيها:



يعاني الراشد في حياته عددا لا بأس به من الاضطراب النفسي نتيجة تداخل وتفاعل اسباب عديدة. وقد نجد أسبابا تمهد لحدوث المشكلات التي قد يعاني منها الراشد. فتجعله عرضة لظهور عدد من مظاهر المرض النفسي اذا ما طرأ سبب مساعد لحدوثه، كالعيوب الوراثية، والاضطرابات الجسمية، والخبرات المؤلمة، وانهيار الوضع الاجتماعي. والأزمات والصدمات المفاجئة، والمراحل الحرجة في حياته خاصة ما يرتبط بها بسن البلوغ او القعود (الشيخوخة) أو عند الزواج او الانجاب او غير ذلك من تلك المواقف.

(7 – 1) الضغوط النفسية:

مهما حاول الفرد اخفاء الجوانب السلوكية او المظاهر الخارجية لانفعاله ليتصنع قدرا من الهدوء والثبات. أو يتجنب المواجهة والاعتراف. فان تعبيرات وجهه Facial Expression تنطق بما يعانيه هذا الفرد من حالات انفعالية. وتغيرات جسمية ونفسية نتيجة تعرضه لضغوط معينة في مواقف معينة.



ويعتبر مفهوم الضغط مفهوما مهما للباحثين في العلوم الانسانية والفيزيولوجية. فكلمة الضغط Stress مشتقة من اللاتينية واستخدمت منذ القرن السابع عشر لتشير الى الصعاب والشدة او الضيق والمحنة او الحظ العاثر او الضراء او الأسى او الحزن أو الالم، ثم تطور استخدامها ليعني القوة او الضغط او التوتر والجهد. (Riggio, 2009)

وتناول الباحثون مفهوم الضغط في دراساتهم بشكل مستفيض. فعرف ميكرات الضغط على انه ذلك الاحساس الناتج عن فقدان التوازن بين المطالب والامكانات. ويصاحبه عادة مواقف فشل، حيث يصبح

هذا الفشل في مواجهة المطالب والامكانات سببا قويا في احداث الضغوط النفسية. واشار اليه ميلر (Miller, 1983) على انه حالة من التوتر او الضيق تنشأ عندما يستجيب الفرد لمطالب وضغوطات قد تأتي من الداخل او من الخارج. وتحدث عنه فولكمان Folkman على انه مصطلح يتضمن العلاقة بين الشخص والاحداث البيئية والتفاعل بينهما. وينتج الضغط عندما يقابل الفرد ضغط التغيير بصورة غير مرغوب فيها. واشار تايلور Taylor الى الضغط باعتباره عملية تقييم للاحداث المؤلمة والمهددة والمثيرة للتحدي بهدف تحديد الاستجابات الاساسية لكل تلك الاحداث التي يقوم بها الفرد تجاه المثيرات التي تفقد توازنه (Schermerhorn, 2001).

وبالرغم من تعدد التعريفات الخاصة بالضغوط. الا انها تشير في مجملها الى جميع أشكال التفاعل النفسي والفزيولوجي الناشئة من تعرض الناس لمواقف معينة تهدد سلامتهم وسعادتهم. وقد أظهرت الدراسات العديدة أن ضغوط العمل المستمرة على الشخص تحدث آثارا جانبية سلبية على صحته الجسمية والنفسية كأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم، والتوتر، والشعور بالاحباط والاضطهاد. ويؤدي بالتالي الى انخفاض مستوى الأداء في العمل. وكثرة التغيب أو حتى ترك العمل.

1) طبيعة الموقف الضاغط:

يشير سيلي Selye (Brannon& Feist, 2009) الى طبيعة الموقف الضاغط بأنه ردود الفعل تجاه المواقف الضاغطة للشخص أنما تحدث في ثلاثة مراحل متميزة هي:

1. مرحلة الانذار:

او التنبيه للموقف الضاغط بحيث يجهز الجسم نفسه لمواجهة الموقف الضاغط في افراز هرمونات من الغدد الصماء مما يترتب عليها زيادة في كل من سرعة ضربات القلب ومعدل التنفس وتوتر في العضلات بالاضافة الى زيادة نسبة السكر في الدم.

2. مرحلة المقاومة:

وفيها يحاول الجسم اصلاح ما سببته المرحلة الأولى من ضرر. فيشعر الشخص بالاجهاد والقلق محاولا مقاومة النتائج التي ترتبت على مواجهة الموقف الضاغط. فاذا ما حقق نجاحا وتغلب على الموقف الضاغط. فان الأمراض التي سببها الموقف الضاغط تزول.

3. مرحلة الانهاك:

ولكن، اذا لم يستطع الشخص التغلب على الموقف الضاغط واستمر في معاناته لهذا الموقف فترة طويلة. فان قدرة الجسم على التكيف تصبح منهكة. وتضعف وسائل الدفاع والمقاومة وتعرضه لعدة أمراض منها: الصداع، ارتفاع ضغط الدم، القرحة، الأزمات القلبية، مما يشكل تهديدا لجسم الشخص لا يستطيع معه تحمل الموقف الضاغط ومقاومته.

ثانياً: مصادر الضغوط (أ):

تلعب شخصية الفرد دورا بارزا في تحديد مستوى معاناته من المواقف الضاغطة وردود فعله ازاء هذه المواقف: ولاشك بأن نمط الشخصية التي يتميز بها الفرد تحدد التزامه في العمل وميله، ومدى نشاطه وفعاليته ومناقشته وطموحه وصبره وتوتره ازاء المواقف الضاغطة والشخصية القلقة تعتبر القلق نذير خط يتهدد سلامتهاواحساسها بالسعادة والرضا. كما ان مفهوم الفرد عن ذاته تعتبر ذات تأثير كبير على ثقته بنفسه وعلى سلوكه. وان قدرة الفرد على تنظيم رد فعله قد يؤثر على الاحداث غير السارة. لان الاحداث التي تخضع للسيطرة تصبح اقل أذى. وكلما شعر الفرد بقدرة اعلى من الضبط استطاع مواجهة الضغوط بشكل افضل (Riggio, 2009).

وتشير الدراسات والبحوث النفسية الى وجود عدد من الادلة التي تربط بين اعتقاد الفرد في مدى تحكمه وسيطرته على الأحداث المحيطة به. وبين شعوره بضغط العمل. وبالرغم من اعتقاد غالبية الأفراد بقدراتهم في التحكم والسيطرة على الأحداث المحيطة بهم بدرجة كبيرة. الا انهم يشيرون في كثير من مواقف التحكم والسيطرة عن وجود قوى وعوامل خارجة عن ارادتهم. تلعب دورا بارزا في تأثير المواقف الضاغطة على الأفراد أنفسهم: كالحظ مثلا. وتذهب هذه الدراسات الى القول بأن الأفراد الذين يعتقدون بوجود مركز تحكم Locus of control داخلي لديهم هم اكثر احتمالا للمواقف الضاغطة التي يتعرضون لها. في حين تذهب الدراسات نفسها الى ان الأفراد الذين يعتقدون بوجود مركز تحكم خارجي لديهم هم أقل احتمالا للمواقف الضاغطة وأكثر معاناة لها.

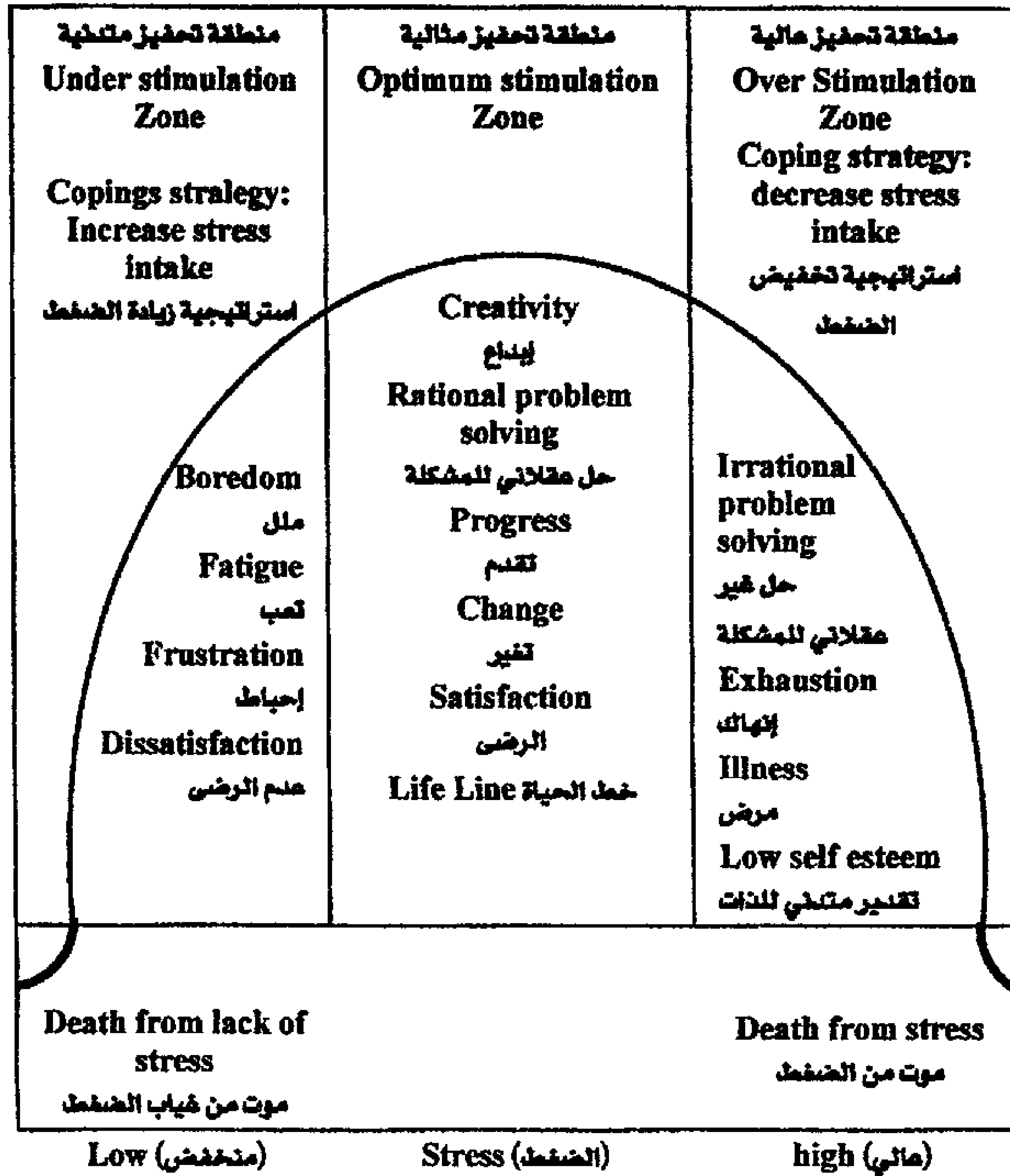
وانتقال الفرد الى حياة جديدة، أو البدء بعمل جديد، أو الانتقال الى مدينة أو حي او سكن جديدين. ووفاة أعز أو أقرب الناس اليه، يتطلب منه التوافق مع المواقف الجديدة والتعامل معها. وتشير الدراسات التي قام بها كل من هولمز وراهي Holms & Rahe الى أن أكثر المواقف الضاغطة أثرا على حياة الفرد ما يتعلق منها بحالات الزواج. وانفصال او طلاق او وفاة احد الزوجين او اقرب الناس اليه. والارهاق في العمل، والتقاعد والتغيير في الحياة الصحية لأفراد أسرته، وساعات عمله اليومي، ومكان العمل وشروطه. والاضطرابات الأسرية. وقدرته على الانجاز. ونشاطاته الدينية والاجتماعية. والعادات. والتغير في موارده الاقتصادية. وترى كوبوسا Kobosa الى ان الأفراد الذين يتعرضون لمثل هذه المواقف الضاغطة يختلفون في مدى امكانية سيطرتهم ومقاومتهم للضغط مشيرة الى ان الأفراد الذين يتمتعون بشخصية صلبة هم أكثر قدرة على السيطرة على الأحداث البيئية المحيطة. وأكثر التزاما بالنشاطات التي يمارسونها. كما أنهم أكثر ايجابية للاستجابة لأي موقف ضاغط يواجهونه.

وتمثل عملية التوافق بين قدرات الفرد وحاجاته. وبين متطلبات العمل عاملا بارزا في تحديد مستوى معاناته للموقف الضاغط. وكلما زاد توافق قدرات الفرد وحاجاته مع متطلبات العمل. كلما قلت معاناته من مواقف العمل الضاغطة. وان الأفراد الذين يمتلكون مهارة اكبر في العمل هم أقل تأثيرا للمواقف الضاغطة التي تحدثها مواجهات العمل المتغيرة. أما الأفراد الذين يشعرون باستمرار الحاجة الملحة للأمن الوظيفي فهم أقل احتمالا لتلك المواقف عند تعرضهم لها.

ويمر الفرد على بعض مظاهر الضغط التي تسبب له مشاعر غير سارة مما يتطلب معه اتخاذ المواقف التي تساعده على التخلص من هذه المشاعر. ولاشك ان الاحباط كثير الحدوث في حياتنا اليومية. وهو موجود بدرجات مختلفة قد يتمثل في اعاقة تحقيق هدف في الحياة بعد مرور زمن طويل في العمل على تحقيقه ويعتمد الاحباط في كثير من الحالات على مواقف أخرى غير الموقف الذي يوجد فيه الفرد. ولهذا، فان الفرد يتعلم في حياته كيف يتحمل الاحباط ويتعايش معه، فان لم يتمكن من ذلك. فانه سيواجه بصعوبات كثيرة للتوافق مع متطلبات الحياة. وينظر الى القدرة على تحمل الاحباط كدليل على النضج الانفعالي والاجتماعي. ذلك ان الاستجابة للموقف الضاغط تختلف باختلاف الأفراد. فمنهم من يتحمل درجة عالية من الاحباط. بينما لا يتحمل البعض الأخر أدنى درجات الاحباط.

ويعتبر الصراع أحد مصادر الضغط الهامة للشخص. وعندما يوجد صراع بين اشباع دافعين. فان اشباع أحدهما يؤدي الى احباط آخر كما يتولد الصراع اذا اختلفت طرق اشباع الدافع الواحد. وكذلك، فانه ينظر الى الصراع باعتباره الوضع الناجم عن اثارة دافعين معا. وبنفس الوقت، بحيث لا يمكن اشباعهما معا مما يؤدي الى مشاعر غير سارة، وتجعل الفرد يشعر أنه متردد وغير متأكد من الأمور.

وأشار الباحثون الى العلاقة بين مستوى الضغط الذي يتعرض له الفرد ومستوى الاداء الناتج عنه. وعلاقة ذلك بمستوى التحفيز لدى الفرد. بمنحنى اعتدالي أشار فيه الى ثلاث مناطق تحفيزية هي: منطقة تحفيز متدنية ومنطقة تحفيز مثالية ومنطقة تحفيز عالية ولكل منطقة تحفيزية مظاهرها التي تمثل درجات الضغط التي يتعرض لها الفرد. ووفق هذا النموذج فان الضغط المنخفض يؤدي الى اداء منخفض ويكون تحفيز الفرد منخفضا والضغط العالي يؤدي الى اداء منخفض ويكون التحفيز عاليا بينما الضغط المعتدل يؤدي الى اداء عال ويكون التحفيز مثاليا (Riggio, 2009).



وتشير دراسات سيلي (Selye) الى نوعين من الضغوط يمكن ان تؤثر على الفرد هما:

- **الضغوط الحادة Acute stress** وهي تلك الضغوط التي تحدث عند وجود تهديد لحياة الشخص، ووجوده الجسماني. وعليه ان يستجيب لها فورا بحيث تكون ردود الفعل سريعة كما في التعرض للحوادث.

- **الضغوط المزمنة Chronic stress** وهذا النوع هو اكثر ما يعاني منه المديرون ورجال الاعمال والمهنيون. وتحدث الازمات متتالية بحيث لا تترك بينها وقتا للجسم كي يتعافى من الازمات السابقة(Riggio, 2009) .

بينما تحدث كل من ليتز وستولر (Leatz & Stolar) عن اكثر نماذج الضغوط شيوعا بين الافراد (Gannon, 1999):

فنموذج الضغط الامثل The optional stress patterns:يسمح باستراحة مناسبة وزمن مريح بين الازمات. ويؤدي الى مستوى صحي عام مناسب بفرد. ويعتمد على استجابة الفرد لهذا النوع من الضغط.

ونموذج الضغط الاعتيادي The typical stress pattern: تكون فترة الاستراحة اقل من اللازم. ومع ذلك يمكن للفرد ان يحسن قدرته على التكيف مع الازمة.

ونموذج الضغط المزمن The chronic stress pattern: يؤذي الفرد في حياته اليومية ويمثل حالات ضغط مزمنة تبدأ ولا تنتهي.

ونموذج الضغط الذي ينطوي على المخاطرة The hazardous stress pattern: وهو الاكثر خطورة بالنسبة للفرد ويتشكل من سلسلة ازمات متسارعة متتالية بفترات استراحة قليلة

جدا بينها تسمح للجسم باستعادة توازنه وسرعان ما يفاجأ بسلسلة جديدة من الازمات يجد الفرد ان عليه التكيف معها.

والنموذج الجديد للضغط الخطر New – the dangerous stress pattern: الذي يجمع جوانب من الضغط المزمن ونموذج الضغط الذي ينطوي على المخاطرة.

ويؤثر محيط العمل والمتغيرات المتعلقة به بشكل مباشر على معاناة الأفراد ومواجهتهم للمواقف الضاغطة:

فالاختلاف المهني: Occupational differences للفرد يتضمن قدرا كبيرا من الضغوط على الفرد. وتشير الدراسات الى ان بعض الوظائف تعاني من ضغط في العمل اكثر من غيرها. كما ان الوظيفة التي تتطلب من شاغلها اتخاذ قرارات هامة في ظل ظروف العمل تعرضه لمستوى عال من الضغوط. وكذلك الأفراد الذين يتعرضون لضغط الوقت والتركيز الشديد للطاقات العقلية والبدنية.

وطبيعة الوظيفة ذاتها تمثل مصدرا آخر من مصادر الضغوط لدى الفرد لما تتميز به كل وظيفة عن غيرها من الوظائف.

ويعتبر غموض الدور: Role Ambiguity مصدرا رئيسا لضغط العمل. فقد يعاني الفرد من افتقار للمعلومات التي يحتاجها اثناء أداءه للعمل. كالمعلومات الخاصة بالعمل الذي يقوم به امام المسؤولين. وطرق تقييم نتاجات العمل. مما يترتب على ذلك عدم معرفته بالتوقعات المطلوبة منه للأداء وكيفية تحقيق الأهداف المتوخاة. وبالرغم من وضوح هذا المصدر في الوظائف الادارية بدرجة أكبر. الا انه يعتبر احد العوامل الهامة لقليلي الخبرة والمؤهل من الأفراد الذي تزداد معاناتهم تجاه المواقف الضاغطة (Riggio, 2009).

وقد تتعارض متطلبات الدور لدى الفرد. ويتعرض لموقف يفرض عليه العمل ساعات طويلة او السفر لمسافات بعيدة مما يعني عدم قيامه بدوره كأب وكزوج. وتوفير حد أدنى لتحقيق العلاقات والروابط الاجتماعية.وبينت الدراسات في هذا المجال الى ازدياد ضربات القلب في الفترات التي يتعرض فيها لصراع الدور Role conflict اثناء قيامه بعمله اليومي.

وحين يقوم الفرد بمهام لا يستطيع انجازها في الوقت المحدد او يقوم بمهام تتطلب مهارات عالية لا يملكها. فانه يعاني من مستوى عال من الضغط يترتب عليه ظهور عدد من أعراض الضغط الآنفة الذكر. وبالمقابل، فان الأفراد الذين يتمتعون بقدر أكبر من القدرات والطاقات ولا يجدون العمل الذي يحقق لهم توظيف هذه القدرات والطاقات. يكونون أكثر عرضة للشعور بالملل والكآبة. وتزداد شكواهم ويزداد بالتالي توترهم وعزلتهم وغيابهم من العمل.

وييينعسكر العلاقة بين زيادة عبء الدور وانخفاضه مشيرا الى ان رؤساء العمل الذين يعانون من مستوى مرتفع او مستوى منخفض من ضغط العمليعانون من مشكلات صحية. وان الأداء الأمثل للعمل هو الذي يتناسب وقدرات وطاقات الفرد بحيث يقلل الى حد بعيد من مستويات الضغوط التي يعانيها جراء زيادة عبء الدور او انخفاضه (Arnold et al, 2008).

زيادة عبء العمل	مستوى الضغط الامثل	انخفاض في عبء العمل
↓	↓	↓
أداء منخفض	أداء أمثل	أداء منخفض
أرق اثارة سريعة زيادة في الأخطاء تردد في اتخاذ القرار	دافع قوي طاقة كبيرة ادراك حاد هدوء اعصاب	ملل دافع ضعيف غياب في العمل لا مبالاة

ويعاني الأفراد من مسببات الضغط الناتجة عن مسؤوليتهم في مدى ما يحققونه من مستويات متباينة في العمل ومدى تمكنهم من اجتياز العوائق في العمل على مدار العام. كما تمثل عوائق الترقية والتقدم المهني، احد مصادر الضغط الهامة في العمل. وتشكل طموحات الأفراد للحصول على العلاوات الدورية او الشخصية هدفا رئيسا لتحقيق النمو والتقدم المهني. Career development

وبقدر ما يسمح فيه للأفراد بالمشاركة في صنع القرارات في المؤسسات التي يعملون بها بقدر ما يحقق للفرد شعورا بالرضا والاطمئنان. والأفراد الذين يعانون من العجز وفقدان الثقة بأنفسهم. وبقدرتهم على المشاركة في صنع القرارات هم أكثر معاناة للمواقف الضاغطة وأعراضها. ويشعر الأفراد عادة ان الرواتب الشهرية التي يحصلون عليها في العمل لا تصل الى مستوى كمية العطاء التي يقدمونها مما تساهم هي أيضا في زيادة معاناتهم وتوترهم.

وشعور الأفراد بالراحة وبالمساعدة في تلقي المعلومات من خلال اتصالهم الرسمي أو غير الرسمي بالأفراد او الجماعات تساعد كثيرا في الحد من النتائج السلبية للمواقف الضاغطة. وتؤكد الدراسات على وجود علاقة دالةاحصائيا بين المساندة الاجتماعية Social support. وضغط العمل Stress work. وكلما زادت المساندة الاجتماعية للفرد. كلما قلت ردود الفعل الناتجة من المواقف الضاغطة.

وتمثل ثقافة المؤسسة وقيمها وبنائها وتصميمها وقواعد السلوك السارية فيها يمكن ان تنعكس سلبا او ايجابا على العاملين فيها. وان التعارض ما بين القيم التي يحملها الفرد والقيم التي تحرص عليها ثقافة المؤسس يؤدي الى وجود ضغوط على الافراد العاملين يمكن ان تؤدي الى تدني الاداء والشعور بالاحباط وعدم التكيف (Arnold, et al 2008).

ويمكن ان تكون **العمليات المؤسسية** احد مسببات الضغط على الفرد. فالاتصالات الضعيفة والتغذية المرتدة الضعيفة حول الاداء والاهداف المتضاربة والتقييم غير المناسب للانجاز ونظم الرقابة غير العادلة والمعلومات غير المناسبة ويشير هوي ومسكل (Hoy & Miskel) الى ان لعملية الاتصالات بين الافراد في المؤسسة وبين الفرد نفسه ورئيسه او مرؤوسيه اكبر الاثر في احداث ضغوط العمل لديهم. وكلما كانت الاتصالات بين كافة الاطراف حرة ومفتوحة أدت الى بيئة عمل مناسبة لا يعاني الافراد فيها من الضغط. والقلق. وكلما كانت الاتصالات مقيدة أدى ذلك الى احداث ضغوط عمل لدى الافراد. وضعف التنسيق بينهم مما ينعكس في نهاية الامرعلى اداء الافراد والمؤسسة معا (Arnold, et al 2008).

ويرتبط الموقف الضاغط ومدته وتأثره التراكمي وتنوع مصادره وظرف حدوثه (ظرف طارىء ام متوقع) على كيفية رؤية الفرد للموقف الضاغط ومستوى تحمله للضغط. فادراك الفرد للتهديد بشكل ايجابي والتوقعات الواقعية تسهل عملية التكيف، وكذلك طريقة تفكيره وخبراته المبكرة ومفهومه عن ذاته

ثالثا: كيف يمكن تجنب الضغوط:

وضع الباحثون عددا من البرامج بهدف التعامل مع الضغوط على مستوى الفرد وعلى مستوى المنظمة مضمنا عددا من الاستراتيجيات للتعامل مع مواقف الضغوط.

فمن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلةيمكن ادارة الضغوط على مستوى الفرد عن طريق التكيف الادراكي، وادارة الوقت، والدعم والمساندة من اقران العمل، وتغيير الوظائف.. ويمكن ادارة الضغوط على مستوى المنظمة من خلال استراتيجية المواجهة المتمركزة على المشكلة عن طريق: اعادة تصميم الوظيفة، والانتقاء، والتدريب، بناء فرق العمل. (حسين وحسين،2006)

ويتطبيق استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال: يمكن ادارة الضغط من خلال خفض الحالات الانفعالية السلبية للافراد العاملين بها من خلال التواصل المفتوح، وبرامج مساعدة الموظف، وبرامج الرعاية الصحية: كما يمكن ادارة الضغوط بالنسبة للفرد من خلال استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال بالاسترخاء، والتأمل العاطفي، والتمارين الرياضية

(7 – 2) الاضطرابات الذهانية:

1) الاضطرابات الذهانية المرتبطة باضطرابات عضوية واضحة:



وهي اضطرابات نفسية تتميز بعدم تكامل شخصية الفرد وبفقدان اختبار الواقع واضطراب الإدراك ونكوص السلوك والمحتوى العقلي المرضي. وتنقسم الاضطرابات الذهانية إلى اضطرابات ترتبط باضطرابات عضوية واضحة. واضطرابات لا ترتبط باضطرابات عضوية واضحة: وهي تتميز باضطرابات الوعي، والذاكرة، والوظائف العقلية، والحكم وسطحية الانفعالات وعدم ثباتها،

ويندرج تحت هذا النوع من الاضطرابات ما يلي:

- **خبل الشيخوخة وما قبل الشيخوخة:** الخبل اضطراب لا شفاء منه يرجع الى ضمور شامل في القشرة المخية وخاصة في الفص الأمامي. والخبل الذي يحدث في سن 65 فأكثر يعرف بخبل الشيخوخة. بينما الخبل الذي يحدث في سن ما بين 40 – وأقل من 65 يسمى بخبل ما قبل الشيخوخة.
- **الذهان الكحولي:** هو اضطراب ذهاني حاد يرجع إلى التوقف عن تعاطي الكحول بعد فترة طويلة من تعاطيه. كما يمكن أن يظهر نتيجة الضعف الجسمي الذي تسببه أمراض جسمية كالدوسنتاريا أو الالتهاب الرئوي او إصابة المخ.
- **الاضطراب الذهاني المرتبط بعدوى المخ:** وهي اضطرابات تكون نتيجة أمراض معدية حادة تصيب الفرد كالأمراض المزمنة مثل السل والتسمم الميكروبي المزمن حيث يحدث ارتفاع في درجات حرارة الجسم تسبب هذيان الحمى وهذه الهذيانات تمثل مجموعة أعراض هذيانية تصاحبها هلاوس واضحة. كما قد تنشأ مجموعة أعراض الهذيان مع بداية او نهاية المرض المعدى ولا ترتبط بارتفاع درجة حرارة الجسم. كما ان هناك اضطرابات نفس جسمية كثيرة لا يمكن فصلها عن هذيان العدوى. وقد يصاحب الأمراض المعدية طويلة الأمد اضطراب ذهاني اكثر شدة يتضح في تدهور الوعي حيث يفقد المريض إدراك ذاته. وتؤدي

الأمراض المعدية خاصة تلك التي يطول المرض بها. إلى مجموعة أعراض الوهن كالإحساس الزائد بالتعب والهزال وعدم القدرة على العمل العقلي والإثارة والبكاء. ومن الاضطرابات التي تندرج تحت هذا النوع:. (Scully, etal, 2010)

- الاضطراب الذهاني المرتبط بالزهري: ويتميز باضطراب: النوم والاستثارة وسهولة التعب وتبلد الذاكرة والصداع والغثيان. كما يؤدي الى ارتفاع درجة الحرارة وتضخم الكبد والطحال. وفي المراحل الأخيرة لهذا المرض يؤدي الى الاصابة بأمراض زهري المخ والسحايا أو الشلل العام. وزهري الأعصاب السحائي والأوعية الدموية.
- التهاب المخ الوبائي: يتسبب هذا المرض من نوع من الفيروسات. ويتكون من التغير الباثولوجي الذي يحدث في المرحلة الحادة للمرض من ظهور رائح خارج الأوعية في المخ والأجهزة الداخلية الأخرى وخاصة الكبد، وتأخذ الخلايا العصبية في الانتفاخ ثم تضمر. وقد تتلاشى، الأمر الذي يؤدي الى ما يحدثه هذا المرض من اضطراب.
- التهاب المخ في حالة الأنفلونزا: هذا المرض لا زال غير معروف. الا ان هناك افتراض بوجود نوع من الأنفلونزا يصيب المخ مباشرة يؤدي الى هذا المرض الذي يتخذ صورا عديدة كالتهاب المخ الحاد، والتهاب المخ المنتشر، والتهاب المخ السحائي المحدود. ويتلف التهاب الأنفلونزا اساسا سحايا وقشرة المخ.
- التهاب المخ في حالة الحمى الروماتزمية: وقد لوحظ وجود حالات من التهاب المخ تصاحب روماتزم المفاصل حيث يظهر على المريض حالات اكتئاب وخوف وعدم استقرار حركي. وقد تحدث هذه المضاعفات أيضا نتيجة الإصابة المباشرة بالمخ.
- **الاضطراب الذهاني المرتبط بأمراض أخرى في المخ:** ويندرج تحت هذا النوع من الاضطراب الاضطراب الذهاني في **حالة تصلب شرايين المخ:** وهو مرض شائع يتميز بزيادة سمك جدران الشرايين وصلابتها. وفقدان مرونتها فيضيق مجرى الدم مما يؤدي الى نقص كمية الدم التي تصل الى المنطقة التي يغذيها الشريان فتبدأ خلايا المنطقة في التدهور والضمور.
- **الاضطراب الذهاني المرتبط بضغط الدم المرتفع:** ويلاحظ في هذا المرض اضطراب وظيفة القلب والأوعية الدموية. وتدهور تكوين جدران الأوعية الدموية حيث تأخذ الأوعية الصغيرة شكلا حلزونيا مع وجود المسافات فيها فتتمزق جدرانها مما يؤدي إلى النزيف. ويؤدي الى تدهور الخلايا والوصلات العصبية.
- **الاضطراب الذهاني المرتبط بالصرع:** الصرع مفهوم يطلق على طائفة من الأمراض والأعراض الجسمية والنفسية. ترجع كلها برغم اختلافها إلى نوبات من اضطراب نشاط بعض أجزاء المخ. يظهر في هيئة تغير كيميائي. وفي هيئة جهد كهربي غير سوي. وينتشر في موجات مثيرة يمكن تسجيلها برسام المخ. وتنتشر هذه الموجات من البؤر التي تنبعث منها الى أجزاء مختلفة من المخ.

- **الاضطراب الذهاني المرتبط بحالات جسمية أخرى:** وتشتمل هذه الاضطرابات على:
- **الاضطراب الذهاني المرتبط باضطراب الغدد الصماء: تكوين شخصية الفرد وعلى العوامل الأخرى التي تؤثر على** ذلك آن إفراز الغدد الصماء يؤثر على وظائف المخ وبالتالي على العمليات التنفسية. وتتميز هذه الاضطرابات بعدم الثبات فالآثار النفسية المصاحبة لاضطرابات الغدد تتوقف على فرد نفسه. وهناك عدد من أمراض الغدد الصماء والاضطرابات النفسية المصاحبة لها. مرض جريفز، الميكسوديما، التيتساني، الأكروميجالي، مجموعة أعراض كشنج،، مجموعة الأعراض الجنسية الأدرينالية، مرض أديسون، ومرض السكر.

2) **الفصام:**

يعرف الفصام بأنه مجموعة اضطرابات تتميز بالميل المتزايد إلى العزلة وبتناقض الانفعالات وتذبذبها، وعدم ملاءمتها وتبلدها. كما تظهر الأعراض في صورة نشاط حركي زائد وشاذ. أو عناد يصل أحيانا الى درجة الذهول. وتتضمن الأعراض أيضا سوء تأويل الإدراك والعجز عن التجريد والتفكير غير المترابط وكثرة التكثيف. وعندما توجد هذاءات أو هلاوس فإنها عادة ما تكون غير منتظمة.

3) **الاضطرابات الذهانية الانفعالية:**

هي اضطرابات نفسية تتميز باضطراب شديد في الانفعالات. وتشمل في معظم الأحيان الاكتئاب والقلق، والمرح والهياج ويصاحبها اضطراب أو أكثر كالهذاء والحيرة واضطراب الاتجاه نحو الذات واضطراب الإدراك. ويكون لدى المريض ميل شديد نحو الانتحار. ومن الاضطرابات الذهانية الانفعالية ما يلي:

1. **اضطراب الهوس الاكتئابي:**

يتميز هذا الاضطراب أساسا بزيادة او قلة كل من نشاط المريض وتفكيره. كما ينتابه حالة من المرح أو الاكتئاب وقد أطلق كرابلين على هذا النوع من الاضطراب باضطراب الهوس الاكتئابي.

2. **الذهان الانتكاسي:**

تميل الاضطرابات الانتكاسية لأن تقع في نمطين رئيسين يميل الأول إلى حد كبير من الاكتئاب بينما يتميز الآخر بالأفكار الاضطهادية. وهناك عوامل فيزيولوجية ونفسية خاصة يتميز بها الاكتئاب الانتكاسي كموت شخص محبوب أو الانفصال عنه، أو اضطراب أحد وظائف الجسم الهامة، أو عدم تحقيق مكانة اجتماعية واقتصادية مرغوب فيها.

4) **ذهان البارانويد:**

هي استجابات ذهانية تتميز بالهذاءات التي غالبا ما تكون هذاءات الاضطهاد او العظمة. وقد توجد الهلاوس أحيانا مع اضطراب في القدرة على الحكم والاستبصار، مما يساعد على نشوء الشك، وسوء تأويل الحوادث والأمور.

5) **اضطرابات رد الفعل الذهانية:**

تعرف الاضطرابات النفسية التي تنشأ من الصدمات النفسية المختلفة باضطرابات رد الفعل الذهانية. وهي تنتاب أساسا الأفراد ذوي النشاط العصبي الضعيف أو غير المتزن، كما يمكن أن تنتاب الاضطرابات أيضا الأشخاص ذوي الجهاز العصبي المتزن إذا كانت الإصابة النفسية شديدة. ويلاحظ أيضا أن بعض الاضطرابات الجسمية التي تضعف من خلايا المخ العصبية لها تأثيرها بالإضافة إلى الإصابة النفسية.

(7 – 3) الاضطرابات العصابية:

الاضطرابات العصابية هي مجموعة اضطرابات تنشأ من المحاولة التي يبذلها المريض لمواجهة المشاكل النفسية الداخلية والمواقف الخارجية الصعبة التي لا يستطيع المريض السيطرة عليها دون توتر أو دون الأساليب النفسية المضطربة التي يسببها القلق الناشئ عن الصراعات. ويرى كثير من الأطباء بأن القلق يعتبر مصدرا ديناميكيا للاضطرابات العصابية. وتشيع الاضطرابات العصابية بين الإناث بدرجة أكبر منها بين الذكور نتيجة لما يطلب منهن من جمود في كبت الحاجات البيولوجية الأساسية وما يتبع ذلك من قلق ودفاعات تشكل الأعراض العصابية. ومن الاضطرابات العصابية ما يلي: (Scully, etal, 2010)

1) **عصاب القلق:**

يمثل القلق حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد، يصاحبها خوف لا يستطيع المريض التعبير عنه والشعور بتوقعات سيئة. ويصاحب القلق كثير من الاضطرابات الجسمية مثل: سرعة نبضات القلب، وتوتر العضل، اضطرابات الجهاز الهضمي. وقد ينشأ القلق مع أي موقف يهدد شخصية الفرد مثال ذلك وجود خطر يهدد انهيار كبت الرغبات الجنسية المحرمة، او احساسات الكراهية، والعدوان التي تهدد أمن الشخصية، الإحباط، مشكلات الحياة الرئيسية التي ترتبط بالتكيف المهني والجنسي والأسري.

يبدو القلق على شكل توتر واضطراب لدى الراشد أمام حادث ينتظر أن يقع وان يواجهه بالخطر. كما يبدو القلق على درجات تتفاوت في الشدة. فهو يتفاوت بين حالة التوتر الداخلي الخفيف وحالات الاضطراب الشديد. وهو طبيعي في درجاته البسيطة. ولكنه ليس كذلك في

مستويات اشتداده. ويعرف القلق على أنه: **حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده. وهو ينطوي على توتر انفعالي تصحبه اضطرابات فيزيولوجية مختلفة.** وهناك حالات بسيطة من القلق كثيرا ما تظهر في حياتنا اليومية ونطلق عليها أسماء مثل: **العصبية: Nervousness**: وهي قلق خفيف. والعصبي كثير الحركة، كثير التخيل سريع الانفعال. **والهم والضيق: Worry** وهو قلق خفيف إلا أن له بعض مظاهر خاصة به. فالمهموم يظهر منعطفا نحو نفسه في بحثه عن المخرج أكثر مما يظهره العصبي.

ويصعب التمييز بين القلق والخوف في حالات كثيرة وذلك بسبب أوجه الشبه الموجودة بينهما. فكل من القلق والخوف حالة انفعالية تنطوي على ما تنطوي عليه الحالة الانفعالية عادة من ضغط وتوتر داخلي. وكل منهما يستثار بشعور لوجود خطر يتهدد الشخص. وكل منهما إشارة تدعو الشخص إلى العمل من أجل الدفاع والمحافظة على البقاء. وكل منهما مرافق بعدد غير قليل من التغيرات الفيزيولوجية المتماثلة مثل: الاضطراب في التنفس والدورة الدموية والعصارات المعدية. الا ان هناك اختلافات بينهما حيث يكون موضوع الخوف معروفا من قبل الشخص ومدركا. ولا يكون على هذا الشكل دائما في حالة القلق. والأصل في الخوف أن يكون موضوعه موجودا في العالم الخارجي ولا يصدق ذلك بالنسبة لكل أشكال القلق. يغلب أن يقال عن القلق أنه يخاف من شيء مجهول لا يدرك كنهه. ولا يعرف مصدره المعرفة الكافية.

وترافق القلق اضطرابات فيزيولوجية ونفسية مختلفة تكون بمثابة مظاهر أو أعراض له. وهي تتفاوت من حيث الشدة تبعا لشدة القلق. فهناك ضغط أو شدة يشعر بها القلق ويشعر معها بالكدر. ويظهر هذا الشعور مرافقا بشعور بالعجز وشعور بالعزلة والانفراد وشعور بالعداوة. وهناك شعور بالخوف لا يستطيع القلق تسميته او الإشارة إلى عوامله المباشرة. ويسمى هذا النوع من القلق بحالة القلق. ويميل القلق إلى توقع الشر والمصائب ويهزه هذا التوقع هزا قويا يمس ثقته بنفسه. ويدعو إلى اضطراب في السير المألوف لمحاكمته واحكامه. ويلحق بذلك وجود صعوبة في تركيز الانتباه لديه. كما يميل إلى توتر الأعصاب والاضطراب.

ويمكن للمرشد استخدام **أسلوب تقليل الحساسية التدريجي عند ولبي Wolpe**: (Wade & Tavris, 2003) بوضع الشخص في حالة استرخاء عضلي في مواجهة تدريجية وفي مستوى التخيل مع مثيرات تزداد تدريجيا في مقدار قدرتها على استمرار استجابة القلق عند الشخص. ليتمكن خلالها من تخيل آخر المواقف المثيرة للقلق من حيث شدتها بنجاح وهو في حالة استرخاء. **وأسلوب الاسترخاء العضلي**.فالشخص في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في النشاطات العضلية. كما **يمكن استخدام أسلوب تدريب القدرة على تأكيد الذات:** لعلاج حالات القلق الناتجة عند بعض الأفراد بسبب الخضوع والسلبية. او العجز عن التعبير بحرية عن المشاعر

في المواقف الاجتماعية التي تتطلب ذلك. بحيث يتضمن الأسلوب تدريب الشخص على لعب الأدوار الملائمة للمواقف قبل حدوثها. ومن ثم يمكن تدريبه على المهارات الاجتماعية الملائمة.

2) عصاب المخاوف:

هو اضطراب ينتاب فيه المريض خوف شديد من موضوع معين او موقف معين. وقد يعاني المريض فيه عددا من المخاوف تختلف باختلاف المواقف والموضوعات. وتبدأ المخاوف من خبرة معينة أثارت خوفا شديدا، ويغلب عليها أن يكون حدوثها في الطفولة. وقد تكبت هذه الخبرة في اللاشعور لأنها خبرة تثير الشعور بالذنب وخروجها الى الشعور يكون مؤلما للشخص. وان كانت الخبرة المخيفة تتعلق بموضوع بذاته، فإنها تمتد إلى عدة أشياء أو مواقف ترمز إلى الموضوع الأصلي. والشخص هنا لا يفقد بصيرته، فهو يعرف أن خوفه المرضي سخيف خاطئ لا مبرر له. ولكنه يعجز عن مقاومته والتخلص منه.

3) عصاب الوسواس القهري:

الوسواس تفكير مستمر قلق لا يستطيع المريض التخلص منه. فقد يعاني المريض خوفا مستمرا من الموت ولا ينقطع تفكيره فيه. أو قد يفكر باستمرار في انه مصاب بمرض معين كمرض القلب او السرطان. والقهر دافع شديد لأداء فعل ما لازالة التوتر. وينتاب الوسواس والقهر أحيانا نفس المريض. كما أن الوسواس قد ينتاب المريض بدون القهر. ويصدق هذا على وسواس الخوف من الموت والمرض والعنف. ومن ناحية أخرى. فمريض عصاب القهر يعاني من الوسواس .

4) عصاب الهستيريا:

يتضمن عصاب الهستيريا نمطين من الاضطراب. يرجعان إلى عوامل مسببة واحدة:

- الهستيريا التحولية: حيث تتحول الاضطرابات الانفعالية إلى أعراض جسمية كالشلل وفقدان البصر.
- الهستيريا التفككية: وتتميز باضطراب الشعور: وتظهر في فقدان الذاكرة والهوجاج والمشي أثناء النوم وفقدان الذات والذهول الهستيري.

5) الاكتئاب العصابي:

هو اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالبا ما يشعر بالذنب او العار كما يقلل الشخص من ذاته.

6) **النيوراستينيا:**

يشعر المريض في هذا الاضطراب بالتعب والاجهاد العصبي والنفسي. ويعتبر النيورستينيا أحد الاضطرابات النفسية كما تشير اليه التقسيمات العالمية للاضطرابات النفسية بالرغم من أن عددا من الأطباء إلى يؤيدون هذا التصنيف. وللاستعداد الوراثي دور في الإصابة بهذا الاضطراب حيث تظهر أعراضه في سن مبكرة جدا وتظهر مع أعراضه أمراض جسمية أو اضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب او الفصام.

7) **عصاب توهم المرض:**

يتميز هذا المرض بانشغال المريض الزائد واهتمامه الشديد بصحته الجسمية والنفسية مع الشكوى من أعراض جسمية لا يوجد لها أي سبب جسمي واضح. وأحيانا يعاني المريض من بعض الاضطراب الجسمي البسيط المحدد. ولكن الوهم يجعله يحس بأعراض أكثر من حقيقة مرضه.

8) **عصاب انعدام الذاتية:**

وهو اضطراب عصابي يضطرب فيه الإدراك. فيشعر المريض بانعدامه أو بأن تغيرا قد انتابه. فيبدو للمريض أن انفعالاته وأفكاره وافعاله غريبة وغير واقعية. كما يشعر المريض أيضا بأن بيئته أصبحت غريبة وغير واقعية. وقد يظهر انعدام الذاتية كخاصية في عدد كبير من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وعصاب الوسواس والقلق والفصام.

(7 – 4) اضطرابات الاعتماد:



في عام 1904 كتب ولسيم جيمس مقالة مثيرة للاهتمام عنوانها: "هل الوعي موجود"؟ فكر في هذا. هل الوعي موجود؟ هل تحس بالوعي لديك؟ أي انك تعي او تعرف نفسك؟ والعالم من حولك؟ هل تستطيع ان تشهد مرورك بحالة وعي او اختبار أفكار ومشاعر؟ أراهن انك ستفعل.

ويحكي ساراسن (Lahey,2009) قصة أحد الشباب واسمه بيلي مليجان. كان متهما

باغتصـاب الفتيـات. ثـم قـبض عليـه وهـو في ولايـة أوهـايو. وحينمـا سـئل عـن اسمـه مـن قبـل الأخصائيين النفسيين أجاب بأن بيلي نائم وأنه هو ديفيد. وعندما طبقت عليه اختبارات نفسية عديدة عليه. تبين انه يحمل سبع شخصيات متميزة. اناثا او ذكورا من بينها شخصية كريستيان وهي طفلة عمرها ثلاث سنوات تحب الزهور. وأولينا التي تمثل شخصية امرأة تعاني من جنسية مثلية تقوم بعملية الاغتصاب عند بيلي. وديفيد الشاب الصغير الذي يعاني من ضعف في شخصيته. وآرثر الشخص الذكي الذي يتحدث الانجليزية بطلاقة. وراجان الشخص العدواني الذي يعتبر نفسه حارسا آخر. وألين الشخص المراهق ابن الثمانية عشر عاما يحب الموسيقى ويدخن السجائر. ويشير ساراسون الى ان العامل الرئيسي وراء قصة بيلي هذه. هو انه يعاني من سهولة فقدان الوعي ذاته. فما هو الوعي:

1) الوعي:

أ. معاني الوعي:

لكلمة الوعي عدة معاني: لنلقي نظرة على بعض منها (Rathus, 2002):

1. الوعي كإدراك حسي:

أحد معاني الوعي هو الإدراك الحسي للبيئة. حاسة الرؤية تسمح لنا ان نعي او نرى الشمس تشع في الثلج على أسطح المنازل. حاسة السمع تسمح لنا أن نعي. أو نسمع، حفلة موسيقية نحن نعي اكثر. أو لدينا إدراك لتلك الأشياء التي ننتبه لها. أشياء كثيرة تحدث بجانبنا أو في العالم خارجا. لكنك تعي. او تركز على الكلمات في هذه الصفحة (الفقرة).

2. الوعي كإدراك داخلي مباشر:

اغلق عينيك تخيل سكب صفيحة من الدهان الأحمر على غطاء طاولة اسود. راقبها. وهي تنتشر على السواد كسطح لامع ومن ثم تنسكب على الأرض. بالرغم من ان هذه الصورة ربما تكون حية. لم تراها واقعيا عينيك أو أي أعضاء حسية أخرى لم ترى ذلك. لقد كنت واعيا لهذه الصورة من خلال الإدراك الداخلي المباشر.

نحن نعي او لنا إدراك داخلي مباشر مع أفكار صور، مشاعر، وذكريات. نحن نعي او نعرف بوجود هذه العمليات المثبتة (المبرهنة) دون استعمال حواسنا.

وقد ميز فرويد. مؤسس التحليل النفسي بين الأفكار والأحاسيس التي نعيها او ندركها من قبل الوعي او اللاوعي. ومادة ما قبل الوعي ليست حاليا مدركة لكنها موجودة. وعند الإجابة عن الأسئلة اللاحقة، سوف تحمل "ما قبل الوعي" المعلومات: ماذا اكلت بالامس على العشاء؟ متى صحوت تقريبا هذا الصباح؟ ماذا يحدث خارج النافذة؟ او في القاعة الآن؟ ما هو رقم

هاتفك؟ نستطيع أن نعمل من هذه المعلومات البسيطة من ما قبل الوعي الى وعي ببساطة، بتوجيه الإدراك الداخلي او انتباهك هنا. وحسب فرويد، فان هناك حالات ذهنية أخرى مثل اللاوعي، او عدم قدرة إلى الإدراك لاغلب الظروف المحيطة.

3. **الوعي كوحدة إنسانية: الإحساس بالذات:**

يبدو العالم لحديثي الولادة عبارة عن مدخلات حسية مبعثرة ومحيرة. لكن تدريجيا تبنى الأمور وتنظم وجهات نظرنا. وأيضا نتعلم تمييز أنفسنا من غيرنا. تطوره حاسة أننا أشخاص منفصلين. وهناك شمولية في انطباعاتنا وأفكارنا وآرائنا التي توضح وجود الوعي — وان إحساسنا الدائم بالنفس في عالم متغير في استعمال كلمة الوعي هو نفس. وان علماء النفس يرون ان وعي شخص ما هو محدد مهم في سلوك هذا الشخص.

4. **الوعي كحالة يقظة:**

الوعي كحالة من الصحو اقل معنى مناقض لكلمة وعي يضيف حالة الصحو الطبيعي كمانع (مضاد) مثلا للنوم من وجهة النظر هذه، النوم، التأمل، الغيبة المغناطيسية، عدم انتظام وجهات النظر التي تصاحب استعمال المنبهات للوعي (المنشطات) تعتبر حالات الوعي المتغيرة. ان هذه العوامل والحالات تتضمن النوم والأحلام، عدد من المخدرات، تأمل، رد الفعل البيولوجي والتنويم المغناطيسي.

5. **الوعي كنتيجة لنشاط جهاز النشاط الشبكي:**

يتحدث الباحثون عن ان الوعي ما هو الا نتيجة لنشاط جهاز النشاط الشبكي (R. A. S) وان الوعي ليس هو سبب السلوك. بل ان الوعي يمثل عرضا من اعراض نشاط المخ. ويشير الباحثون في هذا الصدد الى محاولات فونت العالم الالمانيلدراسة الوعي الانساني. حيث كان يسأل الأشخاص ان يستنبطوا حالاتهم الشعورية ويصفونها. والى اهتمامات وليم جيمس بدراسة الوعي وظهور جون واطسون ونظريته السلوكية حتى بدأ عام 1950 دراسة الوعي فسيولوجيا كأحد الموضوعات التي تدرس ديناميات المخ. وبدأ السلوكيون انفسهم يهتمون بدراسة الوعي والذاكرة والتفكير واللغة. والوظائف المعرفية الأخرى. مشيرين في هذا المجال الى امكانية دراسة هذه الظواهر بشكل غير مباشر. (Lahey, 2009)

ب. **حالات الوعي:**

تتعدد حالات الوعي عند الاشخاص وما يشعرون به من احساسات. فبعضهم يشعر باحساسات غريبة ربما تكون اسطورية في بعض الاحيان. وربما تكشف حالات الوعي عند البعض الآخر عن مرض عقلي او اضطراب ادراكي. وقد تحدث اضطرابات في احساسات بعض الاشخاص

بأجسامهم. كحالات الدوار وحالات بطء الزمن او مروره بسرعة. (الشيخ، 1992). وقد امكن تحديد حالات الوعي بكل من: النوم والحلم، أحلام اليقظة، التأمل، التنويم، والعقاقير والا دمان. والتي سوف تناولها بالتفصيل في الصفحات التالية:

ج. الشروط التي تؤثر على الوعي:

ان الوعي البشري هو في تغير مستمر. قد لا تلاحظه والكثير من خبراتنا التي نمر بها. نعيها وكأنها مألوفة لنا تماما مما يجعلنا نسلم بها على انها حقائق كاملة وننسى في الوقت نفسه انها متباينة شكلا ومضمونا. (Rathus, 2002). فوعينا يتغير بتغير الموقف الذي نكتسب فيه خبرة جديدة. ماذا يعني بالنسبة لك سماع قطعة موسيقية. كيف تعيها؟ وما الذي يجذبك بها. وعندما تحل مسألة حسابية بسيطة او معقدة. بماذا تعي. انك في الحالة يكون وعيك حدسيا تجذبه الجماليات. وفي الثانية يكون وعيك عقليا منطقيا كي تتعامل مع مشكلات حل المسألة الرياضية التي تواجهها.

ويتغير وعينا مع تغير مستوى الاجهاد والتعب فتارة نكون في حالة ضيق وانزعاج وتارة أخرى يكون وعينا في حالة سرور وابتهاج. يتغير تارة ثالثة ليكون في حالة استرخاء رابعة في حالة من الحذر الشديد. وخامسة في حالة انتباه وتركيز فائقين.

ويتغير وعينا مرة أخرى بتغير درجة حرارة جسمنا. بل ودرجة حرارة الطقس من حولنا. فدرجة حرارة اجسامنا تنخفض الى ادنى مستوى لها في الصباح لباكر. ثم تبدأ درجات الحرارة في الارتفاع ليتغير معها مستوى الوعي. ودرجاته. وكل منا يضبط اتزانه وقدراته وشعوره بالكفاءة او التوعك والخمول. مع انخفاض او ارتفاع درجة حرارة الجسم. (Rathus, 2002).

د. تنشيط الوعي من خلال الأدوية:

العالم سوق لمواد التنشيط الوعي. او الأدوية، وتفيض الولايات المتحدة بمئات الأدوية التي تشوه الإدراك وتغير المزاج. والتي ترفعك وتهبطك، وتحركك عبر البلدة. فبعض الناس تستعمل المخدرات لان أصحابهم يفعلون ذلك. او لان ذويهم يمنعونهم منها. والبعض يبحث عن المتعة. مثل رحالة الهمالايا. يسعون للحقيقة الداخلية. والبعض الآخر يستخدم الهيروين وهو أفيون الطبقات الفقيرة. وكان الكوكايين لعبة الأغنياء. لكن فرق الأسعار سمحت له بإيجاد طريقة في خزائن طلاب المدارس بغض النظر عن القوانين والخطب الأخلاقية والتحذيرات الطبية. والقصص المرعبة المناسبة. ولا زالت المخدرات لا زالت بيننا. تنتشر بشكل متزايد بين الناس.

٥. إساءة استعمال المادة والاعتمادية:

ان استعمال المادة الاعتمادية مثل الافيونات والهروين تؤدي الى ضعف القدرة على التركيز وتأثير الذاكرة وصعوبة في التفكير. وخمول واكتئاب وخوف وقلق والامساك المزمن، وتضيق بؤبؤ العين يرافقه صعوبات في النظر والتنفس.



واذا تم استعمالها بالحقن الملوثة التي يشترك فيها عدة مدمنين فانها تسبب نقل مرض التهاب الكبد الفيروسي ومتلازمة نقص المناعة (الايدز) بالاضافة الى العديد من الالتهابات التي قد تصل لالتهاب السحايا والدماغ.

ويؤدي الانقطاع المفاجئ عن تناول الافيونات لأعراض انسحابية شديدة من القيء والمغص والاسهال. بالاضافة الى الالام في كافة أجزاء الجسم والتهيج العصبي الشديد.

2) المخدرات:

يقصد بالمخدرات جميع المواد الطبيعية او الكيماوية التي تستعمل لاحداث تغييرات في الشعور او المزاج او الادراك العقلي. وقد تستخدم هذه المواد لاغراض طبية ايضا او لاغراض غير طبية. اما متعاطو المخدرات فهم الافراد الذين يتعاطون المخدرات لاسباب غير طبية بصورة منتظمة لاحداث التغيير في الشعور او المزاج او الادراك ومدمنو المخدرات هم الافراد الذين يتعاطون المخدرات بصورة منتظمة بسبب الاعتماد على المخدر لحاجة الجسم اليه نتيجة تعوده عليه فاذا امتنع عن تعاطي المخدر ظهر على الفرد خصائص او اعراض الانسحاب او الحرمان من المخدر. ويتميز متعاطوا المخدرات بسمات **الشخصية الانطوائية او الاعتمادية أو العدوانية او التشككية:** نتيجة الحرمان او الاغداق الزائد في التنشئة او الشعور بالنقص والتدني الاقتصادي او التمييز الاجتماعي او النبذ من الوالدين او العقاب الجسدي في التنشئة.

وتعتمد الاعراض الجسمية لمتعاطي المخدرات على نوع المخدر الذي يتعاطاه. فهناك انوع عديدة للمخدرات كالمارجوانا والافيون والكوكايين والمنومات او مهدئات الصرع والباريبيتوات والكودايين والهيروين والمورفين وغير ذلك: ومن هذه الاعراض: بطء التنفس وبطء نشاط الدماغ والقلب وفقدان الشهية والشعور بالعطش وانخفاض الرغبة الجنسية وزيادة تحمل الجسم للالم. واستخدام عقاقير اضافية مع الافيون. واذا ما انقطع متعاطي المخدر فترة زمنية حوالي من 4 — 6

ساعات فستظهر لديه اعراض التعرق وعدم الاستقرار والشعور بالضعف والارق عند النوم وبعض الاضطرابات الجسمية كالاسهال والقشعريرة والتشنج والغثيان والدوار.

أ. الكحول:

لا يوجد محذر يعني كثيرا مثل الكحول للغالبية. الكحول هو مسبب استرخاء لنا وقت الغذاء. ومسكن وقت النوم او كميسر لحفلات الكوكتيل الاجتماعية فنحن نحتفل بالايام المقدسة. ونطري انجازاتنا. ونعبر عن امنياتنا المفرحة بالكحول. ويؤكد الشبان على نضوجهم بالكحول. ويستعمله الكبار لتحفيز الدوران في مناطق خارجية من الجسم. فالكحول تقتل الجراثيم على سطوح الجروح. بعض أطباء الأطفال بمسحون اللثة الموجوعة للأطفال الذين بدأت أسنانهم بالظهور بالكحول. الكحول مهدئ نستطيع شراءه من دون وصفة. انه المعين على القلق وتستطيع ازدراده عموما بدون نقده او الإشارة إليه. الرجل الذي يبتلع حبة في اليوم ربما يظهر ضعيفا الرجل الذي يبتلع زجاجة بيرة يمكن اعتباره رجلا قويا. ولا يوجد عقار أسيء استعماله مثل الكحول. وهناك عشرات الملايين من البشر يدمنون عل الكحول. ومئات الالاف يستعملون الهروين بانتظام. وغالبيتهم يسيئون استخدام العقارات المسكنة والشرب المفرط ويربطون ذلك بالإنتاجية القليلة. وفقدان الوظيفة. والهبوط بالوضع الاجتماعي.ويشير راثوس (Rathus, 2002) ان أكثر من نصف الأمريكيين يستعملون الكحول. وبغض النظر عن الانتشار الكبير للمارجوانا واستعمالها فان الكحول يبقى هو اختيار المراهقين والراشدين على حد سواء.

تؤدي المشربات الكحولية الى الاضطرابات في النوم وتراجع الشهية للطعام ونقص التغذية، وفقدان الوزن، وتؤثر على الاعصاب الطرفية كما تؤدي الى تشمع الكبد، ومشكلات في الجهاز الهضمي، والضعف الاسري والسلوك الاجرامي، وخسائر مادية فادحة وما يتبعها من مشكلات اجتماعية. وتضعف الذاكرة على المدى الطويل بحيث يصل بالمدن الى حالة الخرف. كما يلفق بعض المعلومات لتغطية ضعف ذاكرته. وقد يعاني المدمن كذلك من هلاوس بصرية وسمعية أثناء التعاطي أو بعد التوقف عن تناوله. كما يمكن ان يعاني المدمن من الهذيان الارتعاشي بعد التوقف. ويعاني المدمنون كذلك من الغيرة والشك.

ب. الافيون:

الأفيون هو مجموعة من المخدرات يتم استخراجه من نبات الخشخاش وقد أعطى السامريون القدماء هذه النبتة أهمية خاصة واسموها بنبتة المتعة. يحتوي الافيون على المرفين، الهيرومين، كودبين، ديميرول، ومخدرات أخرى مشابهة التي تطبق استطباباتها هو اللاشعور بالالم.

تحفز الافيونيات والهروين مراكز معينة في الدماغ وتؤدي الى الشعور بالمتعة والاعتمادية الجسدية. وهي تؤدي الى ضعف القدرة على التركيز وتأثير الذاكرة وصعوبة في التفكير، وخمول واكتئاب وخوف وقلق. وامساك مزمن وتضيق في بؤبؤ العين يرافق ذلك صعوبات في النظر والتنفس. واذا استعملت هذه المواد بالحقن الملوثة التي يشترك فيها عدة مدمنين. فانها تسبب نقل مرض التهاب الكبد الفيروسي ومتلازمة نقص المناعة (الايدز) بالاضافة الى العديد من الالتهابات التي قد تصل الى التهاب السحاي والدماغ.

ويؤدي الانقطاع المفاجئ عن تناول الأفيونات الى أعراض انسحابية شديدة من القيئ والمغص والاسهال. بالاضافة الى الام في كافة اجزاء الجسم وتهيج عصبي شديد.

ج. المنشطات (الحفزات):

تعمل المحفزات بزيادة نشاط الجهاز العصبي، وتتراوح تأثيراتها الأخرى من مخدر لآخر. وبعضها يساهم في شعور النشاط والثقة بالنفس. وقد اصدرت الجمعية العربية للتوعية من العقاقير الخطرة والمخدرات نشرة خاصة بتوعية لمخاطر تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية تحدثت فيه عن ان الادمان واساءة استعمال المؤثرات العقلية يؤثر على التوازن النفسي للفرد ويدمر صحته. كما يؤدي الى تصدع في العلاقات الاسرية والاجتماعية والتفكك والطلاق والانحلال. وزيادة معدلات الجريمة والعنف المجتمعي. وعدم الاستقرار الاقتصادي والاجتماعي. ويجعل متعاطيه عرضة للمؤثرات الخارجية.

1. الأمفيتامين والكوكايين:

أشار عدد من الباحثين الى الامفيتامينات والكوكايين على انهما يزيدان من التحكم بالنفس ويزيدان من اتساع الانتباه، ويقللان الملل، ويقودان للنجاح الاكاديمي. ويمكن ان يدمن الناس على الامفيتامينات، خصوصا عند استعمالها لمجاراة الاكتئاب. لكن الرأي يختلف في انها تقود للاعتمادية الجسدية، وان الجرعات الكبيرة ربما تسبب عدم الراحة، والهلوسة، وجنون الارتياب، الارق والقلق، وأعراض الذهان والاكتئاب. والتي قد تظهر بوضوح أكثر بعد التوقف وفقدان الشهية. وحدة الطبع. وزيادة النشاط العصبي والجسدي والنفسي، وزيادة مفرطة في الاستجابات للمؤثرات الخارجية السمعية والبصرية واللمسية، وزيادة في الحركة والكلام، والعدوانية والعنف. ويظهر على المدمن الخمول والكسل والعزلة وزيادة النوم.

2. المنومات والمهدئات:

وتؤدي المهدئات صعوبة في التفكير والتركيز وضعف الذاكرة، واختلال في الحكم على الامور الحياتية، وتراجع في القدرات الجنسية وضعف الانتاج، وتباطؤ في سرعة رد الفعل. مما يزيد

من حوادث السير والحوادث الصناعية واصاباتت العمل. والاكتئاب والميل نحو العنف والوصول بالجرعات للدرجات الخطرة على أجهزة الجسم.

وعند توقف المدمن عن تناول المهدئات بشكل مفاجئ فان اعراضه تشمل الهيجان واضطرابات ذهنية وعقلية مختلفة وهلاوس سمعية وبصرية قد تصل الى فقدان الوعي والتشنج ونوبات صرعية يمكن ان تؤدي الى الوفاة.

3. الحشيش والماريجوانا:

ويؤدي تعاطي هذا النوع الى تغيير الاحساس بالوقت والمسافات وتغيرات في حواس الشم والتذوق والابصار واللمس، وهلاوس وأوهام تؤثر على الذاكرة والخلط بين الاحداث. كما تؤدي الى ضعف التركيز الذهني وصعوبة التعبير عن الشخصية واللامبالاة والبعد عن الواقع، والفزع، والقلق والهذيان، والاكتئاب والشيخوخة المبكرة واعراض أخرى مشابهة لحالات الفصام العقلي.

4. عقاقير الهلوسة:

وهي تؤدي الى تنبيه في الجهاز العصبي يليها اضطرابات عقلية توحي لمتعاطيه بأنه قادر على الطيران والتحليق. ورؤية مناظر مذهلة متغيرة أو تغير درجة الوعي والاحساس بالزمان والمكان وتقديره والانفصال عن الواقع. مما قد يؤدي للقفز من مكان مرتفع والتعرض لأخطار كبيرة. وتتكرر هذه الاعراض من حين لآخر وتصل الى حالات شبيهة بالانفصام العقلي أو الذهان الزوري المتكرر.

هذا، وقد افرز الباحثون عشرة مبادىء اساسية في علاج مدمني المخدرات (الخالدي، 2008):

- كل مدمن يمكن علاجه بالتسلح بالحب والارادة والصبر ما عدا السيكواتي.
- اتقان المدمن يحتاج الى صبر – نفس طويل – دون توقف.
- علاج المدمن يكمن في اخلاص حقيقي من المعالج في مساعدته كي يستمر المتعاطي في التوقف عن تعاطي المخدرات.
- الادمان ليش مشكلة وانما هو مرض على الطبيب معرفة دوافعه الحقيقية حتى يتمكن من التقدم في العلاج.
- المعالج الحقيقي للمدمن ليس هو الطبيب وانما هو انسان قريب منه يحبه كأحد افراد اسرته او صديق او حبيب. واذا خلت حياة المدمن من انسان يحبه فلن يشفى من ادمانه.
- ان اعظم دواء لشفاء الادمان هو الحب الحقيقي وغير المشروط.
- الوقاية خير من العلاج ويعني ذلك منع حدوث الادمان ويبدأ العلاج بعد فشل كل الجهود التي تبذل في الوقاية ويكون العلاج في البداية من مسؤولية الاسرة في الوقاية والاكتشاف المبكر ومن ثم العلاج.

- لا بد من معرفة كل الحقائق العلمية لمن سيتحمل مسؤولية العلاج من اسرة المدمن والتعاون مع فريق العلاج.
- العلاج الناجح يعطي ثماره خلال اسابيع قليلة وبعيدة ويعيد الى حالته الطبيعية بسرعة.
- يجب اشراك المدمن نفسه في خطة العلاج حتى لا يحكم على العلاج بالفشل.

ويمكن للمعالج استخدام واحدة او اكثر من اساليب العلاج التالية:

- **العلاج النفسي المكثف:** يتلقى المدمن ارشادا فرديا لكافة مشاكله وحاجاته لمة شهر واعطاءه محاضرات ومشاهدة افلام وحضور ورشات عمل ولعب الادوار واعطاء واجبات واجراء الاختبارات الشخصية عليه.
- **العلاج السلوكي المعرفي:** وذلك بتكوين علاقة علاجية آمنة مع المدمن لمساعدته على اكتشاف هوية الذات وتحقيق مزيد من الوعي بالذات. وتعريض المدمن وتقبله وتقبله لافكاره ومعتقداته حول المشكلة التي عانى منها. ويقوم المرشد ازاء ذلك ببناء الثقة بينه وبين المدمن بشكل تدريجي ومحاولة كسب محبته.
- **العلاج المعرفي:** حيث يبدأ المعالج بتعريف المدمن انه فقد السيطرة وان عليه ان يعمل لاستعادتها واذا استمر المدمن على هذه الحال فانه سوف يصعب علاجه فيما بعد وان الادمان سوف يحطم مستقبله وهو عدوه الحقيقي وعليه ان يبدأ حياة جديدة دون عقار وان يكون قادرا على مواجهة الالم والاحباط دون الجري والهرب. ومحاولة بث قيم جديدة ومهارات جديدة لدى المدمن دون تناول العقار.



3) **التبغ (السجائر):**

إن جميع علب السجائر المباعة في معظم الدول تحمل رسالة مثل: "تحذير: الجراح (الطبيب) العام قد اثبت ان التدخين خطر على حياتك" حظرت دعايات السجائر في الإذاعة والتلفزيون في عام 1982. وقد أعلن الاطباء أن تدخين السجائر مسبب رئيسي. للأصابة بأمراض سرطان الرئة. والحنجرة، وتجويف الفم، والمريء ويمكن ان يساهم في سرطان البنكرياس، المثانة، والكلى، ويربط التدخين أيضا بالموت من داء

القلب، وداء الرئة المزمن وداء الجهاز التنفسي. وامراض أخرى. كما ان النساء الحوامل المدخنات يخاطرن بالاجهاض. ولادة الخداج واعاقات الولادة.

يحتوي التبغ على اول اكسيد الكربون والهيدروكربون "القطران" والنيكوتين. حيث ينقل الأكسجين في الدم عن طريق الهيموجلوبين. وعند اتحاد اول اكسيد الكربون مع الهيموجلوبين تفسد قدرة الدم لتغذية الدم بالأكسجين. وقد اثبت الاطباء ان بعض الهيدروكاربونات تسبب السرطان للحيوانات المخبرية.

ويسبب النيكوتين المحفز الموجود في السجائر نداوة وبرود الجلد. الضعف والدوخة، القيء، والغثيان، والإسهال والى الارتباك والانزعاج الحيني للمدخن المنعزل. ويحفز النيكوتين إطلاق هرمون الأدرينالين. الذي يخلق قوة نشاط لا إرادية. وتسرع دقات القلب وزيادة نسبة السكر في الدم.ويوفر نوع من الانطلاق الفكري. فالنيكوتين هو المسؤول عن تحفيز خصائص دخان السجائر. لكن تأثيرها محدود في المدى البعيد ويمكن ان يساهم في التعب والارهاق الجسدي.

التوقف عن التدخين:

اقترح راثوس (Rathus, 2002) عددا من الاجراءات التي تفيد في التوقف عن التدخين:

- اعلم اهلك، أصحابك بالتوقف – أعط التزاما عاما.
- فكر في أشياء معينة ستقولها لنفسك عندما تحس الحاجة للتدخين
- كيف ستكون أتقوى، خال من الخوف من السرطان، مستعد لسباق الماراثون.... الخ.
- قل لنفسك ان الأيام الأولى هي الأصعب – بعدها أعراض التوقف تضعف تدريجيا.
- ذكر نفسك انك افضل من غير المقلعين عن التدخين.
- ابدأ يومك عندما تصحو، متذكرا انك أمضيت 8 ساعات بدون نيكوتين.
- اذهب في رحلة إنهاء التدخين للابتعاد عن المواقف والأماكن التي كنت تدخن فيها.
- ارمي المناقض وامنع المدخنين من زيارتك لفترة ما.
- لا تحمل أعواد الثقاب او تشعل سيجارة أناس آخرين.
- اجلس في أقسام غير المدخنين في المطاعم والقطارات.
- اشغل أيامك بالقراءة – أشياء لا تذكرك بالتدخين.
- استعمل النعناع الخالي من السكر او العلكة كبديل للسجائر.
- اشتري لنفسك هدايا بالأموال التي كنت تهدرها بالتدخين.
- عد سجائرك لتبني لنفسك خط تدخين أساسي.

- ضع أهداف صلبة للتحكم بالتدخين، كمثال، خطط لخفض خط التدخين الأساسي بنسبة 50٪
- حدد تدريجيا المحيط الذي تسمح لنفسك بالتدخين فيه.
- انخرط بنشاطات حيث التدخين غير مسموح وغير عملي.
- حول الى نوع لا تحبه، احمل العلبة باليد غير المسيطرة فقط
- لا تشتري اكثر من علبة يوميا. حدد عدد السجائر لحد الهدف الذي تريده للتخفيف
- استعمل الحلوى والعلكة الخالية من السكر. كبديل عن بعض السجائر يوميا
- هرول بدل التدخين، او اسبح، احشي، أو مارس الحب.
- توقف قليلا قبل الإشعال. ضع السيجارة على المنفضة بعد كل زفرة وفكر هل تريد المزيد. إذا كنت لا تريد ارمها بعيدا اطفىء السيجارة قبل الوصول لنهايتها.
- مدد الفترة بين السجائر تدريجيا.
- تخيل عيش حياة طويلة. خالية من السعال. آه الحرية!!
- بينما تدخن. تصور رئتين سوداوين. السعال، احتمالية السرطان، وامراض رئوية أخرى.

(7 – 5) الاضطرابات الجنسية:

1) النشاط الجنسي:

للجنس أهميته الكبرى في حياة الفرد لكونه يرتبط بشكل واضح وجلي بكل جوانب النمو المختلفة ومن أجل ان يخفف المراهق من توتره الجنسي، فانه يلجأ الى ممارسة النشاط الجنسي الذاتي والتي تسمى بالعادة السرية Masterbation وتشير البحوث المتعلقة في هذا الجانب الى ان الافراط في مثل هذا النشاط وادمانه وما يصاحبه من مشاعر الاثم والخطيئة والصراع النفسي. الخوف والقلق النفسي. والشعور بالاثم وفقدان اعتبار الذات (Petersen, 2005) ولكن: ما الذي يجعل الانسان يطلب الجنس على الاطلاق؟

تشير البحوث الى علاقة عضوية ومكتسبة. فالعامل العضوي الرئيسي للرغبة الجنسية في الذكر والانثى يمكن ان يوجد في الدور الذي تلعبه الهرمونات والصفات المكتسبة تظهر في الطريقة التي يتجاوب بها الناس لعوامل الاثارة المختلفة.

تتضمن الاضطرابات الجنسية الانحرافات الجنسية التي يتم بها اشباع الحالة الجنسية بوسيلة غير وسيلة الجماع الجنسي العادي بين الجنسين المختلفين. كما تتضمن تلك الاضطرابات التي تصاحب الاستثارة والرغبة الجنسية وذروة الجماع الجنسي. وقد يحدث الاتصال الجنسي مع أفراد نفس الجنس. حيث يسمى الاتصال الجنسي المثلي للإناث بالسحاق. ويسمى

الاتصال الجنسي المثلي للذكور باللواط. وتعتبر الجنسية المثلية أكثر الانحرافات الجنسية شيوعا. وهي تختلف من مجتمع لآخر ولايقتصر السلوك الجنسي المثلي على طبقة اجتماعية واقتصادية معينة.وقديعرض اعضاءه التناسلية في الأماكن العامة كوسيلة للإشباع الجنسي عند الذكور. بينما تجد الإناث لذة بدرجة أكبر عند عرضها أجزاء أخرى من الجسم.

وتمثل مشاهدة الأعضاء التناسلية أو الأنشطة الجنسية للآخرين من الانحرافات الأكثر شيوعا بين الذكور منه عند الإناث. وغالبا ما يعاني المريض قلقا بسبب النشاط الجنسي فيسعى للإشباع الجنسي بمشاهدة الآخرين في جماع جنسي أو عندما يكونون عرايا. وقد يحصل الشخص على الاستثارة الجنسية والإشباع الجنسي بارتداء ملابس الجنس الآخر. ويشيع هذا النوع من الانحراف بين الذكور أكثر منه بين الإناث وعادة ما يقوم المريض بارتداء ملابس الجنس الآخر في سرية تامة على الرغم من أنه قد يظهر بها أمام الآخرين أحيانا.وقد يغير الشخص من جنسه بالقيام بأفعال الجنس الاخر. بالرغم من سويته من الناحية البيولوجية. وقد تصل به الحال إلى رغبته في إجراء عملية جراحية تغير من جنسه إلى الجنس الآخر. وقد تحدث الاستثارة الجنسية والإشباع الجنسي عن طريق الاتصال الجنسي بطفل أو شخص غير ناضج جنسيا من كلا الجنسين. ويكون جنس المريض في هذه الحالة ذكرا وقد يكون يعاني من حالة من الجنسية المثلية او الغيرية.وقد يحصل الشخص على الإشباع الجنسي من الحيوانات وقد يعاني من العنة بعدم انتصاب القضيب أو ضعفه مما يعيق عملية الجماع بين الجنسين. وهناك عدة عوامل نفسية وبيولوجية تسبب هذه الحالة. أما العوامل البيولوجية فتتمثل في الحالة العامة للجسم من أنيميا وسوء تغذية وأمراض معدية وأورام وسكر ونقص هرمون الثوركسين. وكذلك أمراض الجزء العجزي من الحبل الشوكي واضطرابات المثانة والبروتستاتا وفقدان الخصي وتقدم السن. وتتمثل العوامل النفسية في القلق والخجل او الشعور بالذنب او الخوف او الغضب.

وقد تشكل الرغبة الجنسية الزائدة للفرد عادة مظهرا لمشاكل نفسية. لكنها قد تحدث نتيجة لأسباب عضوية كالتهابات في المنطقة الطرفية من المخ. كما قد تظهر الرغبة الجنسية الزائدة أثناء نوبة التشنج في الفص الصدغي نتيجة استثارة الجهاز الطرفي والهيبوثلاموس والنواة اللوزية. فقد ينتاب كلا من الرجل أو المرأة رغبة جنسية زائدة. وغالبا ما ينقص هذا النشاط الجنسي الزائد حالة الإشباع ولذة الذروة وبهذا لا يحصل الشخص على الإشباع الجنسي التي يرغب بها مما يحدث له أعراض عصابية مثل عدم الاستقرار وقلة التركيز وعدم الرضى عن الحياة.

هذا، وقداشار ريمي Rami الى الاضطراب الجنسي كنتيجة لمعتقدات او قناعات خاطئة يتبناها المتعالج بشكل قاس وغير موضوعي حول ذاته. مما يدفع به الى سلوك غير متعقل مما

يؤدي الى انهزام الذات. واشار ريمي الى هدف العلاج بتغيير التصورات الخاطئة لدى المتعالج وتصحيحها او تغييرها بما يؤدي الى زوال جوانب سوء التوافق. واستخدم ريمي ازاء ذلك فنيات العلاج التالية:

- محاولة العثور على المفاهيم والتصورات الخاطئة وتغيرها من خلال فحص وتمحيص الذات عن طريق تشجيع المتعالج على الحديث عن ذاته وعن مفاهيمه الشخصية.
- محاولة تفسير وتوضيح المفاهيم التي يتبناها المتعالج.
- التشجيع على الاثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقته بالاخرين.
- اعطاء الخبرة البديلة ازاء تصوراته ومفاهيمه الخاطئة.

وتحدث عن دور المتعالج بالمراجعة المعرفية لافكاره وادراك العلاقة بين المعرفة والانفعال وذلك بالاستبصار والاعتراف بالتصورات الخاطئة.

2) الشذوذ الجنسي:

ما الذي يجعل الناس ينجذبون الى شخص من الجنس الاخر او من نفس الجنس؟ عدد كبير من البحوث قد تم الجواب عن هذا السؤال فان لدينا الكثير من الفرضيات. لكن ليس هناك جواب محدد فان الاثنين الذين ينجذبان للجنس الاخر او الشواذ (الذين ينجذبون لنفس الجنس) يظهرون تجاوبا عضويا مشابها خلال مرحلة الاثارة الجنسية ويثارون (يتحفزون) جنسيا بنفس حوافز اللمس. وهناك دراسات على مستوى كبير بينت ان الشواذ جنسيا يتصرفون بطريقة مشابهة للاشخاص الطبيعيين (ذكور واناث) الفرق الرئيس هو جنس الشريك. عدد من الفرضيات قد تم تقديمها لتفسير وجود الشذوذ الجنسي الاقدم هي ان الشذوذ نوع من المرض العقلي.

وقد تحدثت بعض النظريات على وجود عامل جيني بسبب عدم توازن في الهرمونات المفرزة في الجسم او مجموعة من العوامل العائلية مثل ام مسيطرة واب ضعيف الشخصية او عملية تعلم عرضية (بالصدفة) ومن خلالها شخص يافع يغويه ويغريه شخص من نفس الجنس ثم يفضل الشذوذ الجنسي بعد ذلك. ولحد الان ليس هناك شيء يدعم علميا الفرضيتين الاخيرتين. وفقط بعض الادلة غير النهائية.

ولقد تأثرت بحوث النمو الخلقي والجنسي بعدد من النظريات السيكولوجية من أبرزها نظريات التحليل النفسي والنظرية السلوكية أو التعلم الاجتماعي ونظريات النمو المعرفية. وبالنظر إلى تلك النظريات. نرى ان فرويد مثلا ربط بين الغرائز الجنسية وبين الحاجات

الانفعالية. وعالج النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. وفكرة الإثم. وأكدت نظرية التعلم على اهمية الحاجات البيولوجية وإشباعها. واعتقد أصحاب نظريات التعلم ان النمذجة والاستجابات السلوكية المتعلمة هي التي تحدد النمو الخلقي والاجتماعي (Aronfreed, 2006).

فقد ربطت نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic theory بين الغرائز الجنسية وبين الحاجات الانفعالية. وعالجت موضوع النمو الخلقي في إطار مبدأ اللذة. فالأنا العليا الذي يمثل معايير الراشدين. ينمو من خلال التوحد Identification مع الوالد من نفس الجنس وان المجتمع يضمن بقاءه من خلال التقمص او التوحد الذاتي بفرض معاييره على الفرد الذي ينقل هذه المعايير إلى الجيل الذي يليه. فكل من الأولاد والبنات الذين يتوحدون مع الوالد من نفس الجنس بسبب الخوف أو القلق على السلوك (فقدان الحب أو العدوانية). (Papalia & Olds (2005

وطبقا لنظرية التعلم الاجتماعيSocial learning theory. فان السلوك. الأخلاقي مكتسب من خلال الآليات الكثيرة من السلوكيات. وهي التعلم (Gewirtz, 1999). او النمذجة والتقليد الأخلاقي. ويرى أصحاب نظريات التعلم الاجتماعيان مفهوم التحليل النفسي للتوحد مطابق لمفهوم نظرية التعلم الاجتماعي بشأن التقليد. وان التوحد يحدث عندما يطابق سلوك الشخص سلوك النموذج. وطبقا لنظريات التعلم الاجتماعي. فان التوحد والتقمص هما عملية مستمرة لاكتساب الاستجابات وتعديلها. وان الاطفال يتعلمون ادوارهم الاجتماعية بنفس الطريقة التي يتعلمون بها السلوكات الأخرى. وذلك من خلال الملاحظة تقليد النماذج. وعادة ما يكون الوالد من نفس الجنس أحد هذه النماذج. ونظرية التعلم الاجتماعي مثلها مثل نظرية التحليل النفسي تؤكد على دور الوالدين او غيرهما من النماذج في هذا التعلم فالوالدان يعلمان ويقدمان النموذج لسلوك ذريتهما.

وتحدث بياجيه عن التغيرات التي تحدث في تفكير الطفل عبر المراحل المختلفة مشيرا إلى إنها ليست تغيرات كمية فحسب وانما هي في الأساس تغيرات كيفية بمعنى أن الأبنية العقلية في مرحلة نمو معينة تختلف اختلافا نوعيا عن المرحلة السابقة لها وتلك التي تتلوها. ومع ذلك، فالمراحل من النوع التجميعي (التراكمي) بمعنى أن الأبنية التي تكونت في مرحلة عمرية معينة. لا تختفي أو تزول نهائيا لتحل محلها أبنية جديدة تماما. وانما تدخل كجزء مكون للأبنية الجديدة.

قدم كل من بك وهافجهرست تصورهما عن مراحل النمو الخلقي في كتابيهما سيكولوجية نمو الخلق الذي نشر عام 1960. وافترضا في دراستهما وجود خمسة أنماط من الخلق تتابعا مع نمو الفرد وهي:

- **الحياد الأخلاقي في الطفولة A moral in infancy**: في هذه المرحلة يرى الطفل الناس الآخرين كوسائل لإشباع الذات. يكون الطفل متمركزا تماما حول ذاته. لا يعرف المبادئ الأخلاقية ولا الضمير. إنها صورة رضيع لم يبدأ في التطبيع بعد.
- **الوسيلة في الطفولة المبكرة Expedient in early childhood**: يميل الطفل في هذه المرحلة لأن يعمل وفقا لتقاليد المجتمع ولكن لكي يتجنب العقاب ويحصل على الثواب فقط. والطفل في هذه المرحلة لا يهتم بخير الناس الآخرين. إلا إذا كان في صالحه. ويكون الطفل متمركزا حول ذاته. وأخلاقياته غير ثابتة طالما ان مبرر محافظته على القواعد مرتبط بحصوله على ميزة أو مكافأة.
- **المسايرة في الطفولة المتأخرة Conformity in late childhood**: الشخص المساير هو الذي يتبع ما هو سائد من قواعد السلوك. ويكون للطفل اتجاه ثابت نحو الصواب والخطأ دون الرجوع إلى الالتزام بمبدأ أخلاقي عام. وانما الالتزام بما هو سائد في المجتمع.
- **الضمير اللاعقلاني Irrational conscientious في الطفولة المتأخرة**: وهذا يحكم الطفل على المواقف وفقا لمعاييره الداخلية او الذاتية عن الصواب والخطأ. مع اهتمام ضئيل بما اذا كان الناس من حوله يوافقون على تصرفه ام لا.
- **الغيرية العقلانية Rational altruistic في المراهقة**: وتمثل هذه المرحلة أعلى مرحلة للنضج الخلقي في تصور بك وهافجهرست. وهؤلاء الذين يسلكون على هذا النحو ليست لديهم مجموعة ثابتة من المبادئ الأخلاقية وانما هم أيضا يطبقونها بموضوعية في ضوء ما إذا كانت نتائج الفعل المعين ضارة او نافعة بالنسبة للآخرين. (الشيخ، 1983)

وتعتبر نظرية لورنس كولبرج Lawrence Kolberg (1927 – 1987) أحدث النظريات النمائية الخلقية ونمو التفكير الخلقي بشكل خاص. كما أنها تعتبر اكثر النظريات ثراء من حيث استثارتها للبحث في التفكير الخلقي. ويرى كولبرج ان تعلم الاطفال لهويتهم الجنسية لا يعتمد على الكبار كنماذج او كعوامل للثواب العقاب. وانما يقوم الاطفال انفسهم بتصنيف أنفسهم والآخرين كذكور أو اناث ومن ثم ينظمون سلوكاتهم بما يتسق هذا التصنيف. وبالتالي يتبنن السلوكيات التي تناسب جنسهم.

ويعتقد كلبرج ان النمو الجنسي لدى الفرد يسير عبر عدة مراحل تتمثل في الآتي (الريماوي، 2007):

- لا يستخدم الأطفال السلوك المميز للجنس قبل سن الثانية لتصنيف انفسهم او الآخرين. فتارة يشيرون الى انفسهم على انهم اناث تارة اخرى ذكور. ولا يكن لديهم في تلك المرحلة فهم عن ان لدى الفرد خاصية جنسية لا تتغير.

- **مرحلة الهوية الجنسية:** تبدأ في السنة الثانية من العمر حيث يبدأ الاطفال تسمية انفسهم على اساس الخصائص الجسمية كذكور او اناث وليس الجنس. فيقولون هذا ذكر لأن شعره قصير ويضع ربطة عنق. تلك انثى لأن شعرها طويل وتلبس التنورة... الخ.
- **مرحلة استقرار الهوية الجنسية:** تبدأ هذه المرحلة في سن الرابعة منالعمر بحيث يفهم الطفل في هذه المرحلة ان الشخص الذي اعتبر ذكرا يبقى كذلك طول العمر. والبنات يكبرن ليصبحن امهات في المستقبل. الا انهم لا يدركون ان الجنس ثابت عبر الماقف.
- **مرحلة ثبات الهوية الجنسية:** في سن الخامسة يدرك الطفل ان الجنس ثابت عبر الزمن والمواقف. وان الجنس لن يتغير بتغير الملبس ا النشاط الذي يقدمه.

لقد طور كولبرج تصور بياجيه عن نوعي الأخلاقية وقدم تصوره الخاص عن ست مراحل لنمو التفكير الخلقي يمكن تصنيفها الى ثلاث مستويات. تبدأ من منظور التمركز حول الذات. ثم المنظور الاجتماعي وأخيرا المنظور الإنساني العالمي. كما سعى الى تقديم استبصار أكبر بأثر القوى الاجتماعية والخبرة على النمو الخلقي. وكان اتجاه كولبرج في فهم استجابات الأفراد للمشكلات الخلقية شأنه شأن بياجيه يعتمد على تحليل الأبنية العقلية وأنماط التفكير الكامنة وراءها.

واعتبر كولبرج المفهوم الأساسي للنمو الخلقي هو العدل. وهو نفس الاعتبار الذي دارت حوله تحليلات بياجيه. وان النمو الأخلاقي يتضمن عملية متصلة يعيشها الفرد بهدف إقامة نوع من المواءمة بين نظرة أخلاقية معينة وخبرة الفرد فيما يتعلق بالحياة في عالم اجتماعي يتبنى هذه النظرة ويتخذ منها معيارا لمسلك الأفراد في هذا الجانب أو ذاك من جوانب حياتهم. (Kolberg & Kramer, 1980). ويرى كولبرج ان التفكير الخلقي للأفراد يتغير مع تقدمهم في النمو. وبصورة عامة فانهم يتحركون من المستوى قبل التقليدي إلى المستوى التقليدي. فالمستوى بعد التقليدي. ولا يحدث ان يتخطى أي فرد مرحلة معينة إلى مرحلة أعلى منها. إلا أن البعض فقط هم الذين يصلون إلى المرحلة السادسة. (Gorman, 1993).

طورت ساندرا بيم نظريتها المعرفية الاجتماعية حول الجنس الهوية الجنسية عام 1983 ضمنتها انماطا معرفية منتظمة من السلوك تساعد الطفل في تصنيف المعلومات. وتمثل السكيما احد انماط السلوك المتسق مع الجنس وان اكتساب هذا الاتجاه يعتمد الى حد ما على نشوء السكيما الجنسية التي تمثل اطرا مرجعية معرفية تعكس خبرات الاطفال المتصلة بالمعتقدات الاجتماعية المتعلقة بصفات الذكور والاناث مثل تعليمات الوالدين وملاحظاتهم المتعلقة بتصرفات الذكور والاناث في مجتمعهم (Baron& Kalsher,2007).

وعندما تتشكل السكيمات فانها تبدأ بالتأثير على معالجة الاطفال للكثير من انماط المعلومات الاجتماعية. فبعض الاطفال الذين يتميزون باسكيمات راسخة يميلون الى تصنيف سلوك الاخرين على انه اما ذكري او انثوي. وان استدعاء السلوكيات المتسقة مع سكيماتهم يكون اسهل بالنسبة اليهم.

وتشير هذه النظرية الى انه يمكن تعديل السكيمات الجنسية خاصة عندما يقوم الراشدون بتعليم اطفالهم سكيمات اخرى جديدة عوضا عن تلك التي تعزز الدور الجنسي التقليدي وذلك من خلال (الريماوي، 2007):



- مشاركة الآباء في الاعمال المنزلية.
- تقديم هدايا غير تقليدية (مثل دمى للذكور وشاحنات للاناث).
- التمييز بين الرجال والنساء على الخصائص التشريحية والانجابيةبدلا من الملابس.

وقد بينت الدراسات والبحوث التي اجريت حول نظرية بيم هذه الى ان الافراد الاندروجينيين يسجلون علامات اعلى مقاييس تقدير الذات من الافراد المنمطين جنسيا بشدة. كما بينت الدراسات وجود فروق قليلة بين كل من الاندروجينين والنمط الذكري على مقاييس تقدير الذات ذلك ان الخصائص الذكرية تحتل عادة المكانة الاعلى لدى معظم المجتمعات من الخصائص الانثوية.

(7 – 6) اضطرابات الشخصية:

احتلت الشخصية مكانة هامة في الدراسات النفسية خلال السنوات الأخيرة. ويصدق هذا القول في حال دراسة الشخصية السوية كما يصدق في حال دراسة الشخصية المضطربة. وقد ساعد على تأكيد هذه المكانة عدد من العوامل كان من بينها النظر الى السلوك على أنه محصلة لشخصية تعمل من حيث هي وحدة متكاملة وفيها ما تنطوي عليه من عناصر ومركبات ودوافع وقدرات. الا ان هذا الاهتمام العظيم بالشخصية لا يسلم من الاختلاف في المنحى الذي تأخذه الدراسات التي تجعلها موضوعا لها. وذلك على الرغم من وجود اتفاق حول اعتماد الطريقة العلمية في البحث.

1) تعريف الشخصية:

تباينت تعاريف الشخصية بتباين الزوايا التي تم النظر الى جوانبها المختلفة:

فمن حيث المعنى اللغوي لكلمة الشخصية: فان الشخص في اللغة العربية سواد الإنسان وغيره يظهر من بعد وقد يراد به الذات المخصوصة وتشاخص القوم اختلفوا وتفاوتوا. وجمع كلمة شخص في القلة " أشخص " وفي الكثرة " شخوص " وأشخاص (عبد الخالق، 1998). وفي اللغات الأوروبية. أشار البورت Alport إلى أن كلمة Personality في الإنجليزية ومصطلح Personalitite بالفرنسية ولفظPersonalicheit بالألمانية يشبه كل منها الى حد كبير كلمة Personalitas باللغة اللاتينية،قد استخدمت في الأصل لتشير إلى القناع المسرحي الذي استخدم لأول مرة في المسرحيات الإغريقية وتقبله الممثلون الرومان قبل ميلاد السيد المسيح بحوالي مائة عام. فالشخصية كما ترى، ينظر إليها من حيث ما يعطيه قناع الممثل من انطباعات أو من ناحية كونها غطاء يختفي وراءه الشخص الحقيقي. ويتفق هذا القول مع التعريفات التي تنظر الى الشخصية من ناحية الأثر الخارجي الذي تحدثه في الآخرين. (Hall &Lindzey, 2007) وقد ورد لفظ الشخصية في كتابات شيشرون (غنيم، 1993) بأربعة معان مختلفة تستمد جذورها من فكرة المسرح. فالشخصية من وجهة النظر هذه يمكن اعتبارها:

- الفرد كما يظهر للآخرين. وليس ما هو عليه في الحقيقة. وهي بهذا المعنى تتصل بالقناع.
- مجموع الصفات الشخصية التي تمثل ما يكون عليه الفرد حقيقة. وهي بهذا المعنى تتصل بالممثل.
- الدور الذي يقوم به الفرد في الحياة سواء كان دورا مهنيا أو اجتماعيا أو سياسيا.
- الصفات التي تشير الى المكانة والتقدير والأهمية الذاتية. وهي بهذا المعنى تشير الى المركز الكبير الذي يحتله الفرد.

وتحدث **البورت** عن الشخصية على انها استجابات الفرد المميزة للمثيرات الاجتماعية. واسلوب توافقه مع المظاهر الاجتماعية في البيئة. وهذا يعني ان شخصية الفرد دالة أو وظيفة لسلوكه واستجاباته للمواقف المختلفة.وعبر عن الشخصية على أنها كل الاستعدادات والنزعات والميول والغرائز والقوى البيولوجية الفطرية والموروثة. كما يعبر عن الشخصية باعتبارها ذلك النظام الكامل من الميول والاستعدادات الجسمية والعقلية الثابتة نسبيا التي تعتبر مميزا خاصا للفرد والتي يتحدد بمقتضاها أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة المادية والاجتماعية. (Papalia & Olds , 2005)

وتعتمد النظريات المنطلقة من عملية التعلم في فهم الشخصية على عنصر أساسي في تعريفها للشخصية وهو السلوك والسلوك المتعلم باعتبارها أنماط السلوك المتميزة (ومن بينها الأفكار والعواطف) التي تميز تكيف كل فرد مع مواقف حياته.

2) **مكونات الشخصية:**

وتحدث علماء النفس عن صور مختلفة لمكونات الشخصية الانسانية وفقا للأطر النظرية التي صاغها كل واحد منهم للشخصية. (RoedigerIII, et al , 2007)

فمكونات الشخصية عند **فرويد** تتمثل في كون الشخصية منظومة تتضمن ثلاث منظومات فرعية تعمل معا على المستوى اللاشعوري وهذه المنظومات هي: الهو: وتحتوي على كل ما هو غريزي ويتطلب الاشباع وفقا لمبدأ اللذة، والأنا: وهي تنبثق من الهو كي تواجه مطالب الواقع والمجتمع فهي مسايرة لمطالب هذا الواقع ومن ثم تخضع وفقا لمبدأ الواقع. والأنا العليا وهي المنظومة الفرعية الثالثة التي تختص بالقيم والمثل والقوانين والدين والأخلاق.. الخ. مرورا بالتطبيع الاجتماعي والتربية المنزلية والمدرسية

وتتمثل المكونات عند **يونج** في الأنا أو الذات ويشير اليها باعتبارها منظومة شعورية تعمل على التناغم بين الغرائز الفطرية الحيوانية المولود بها الانسان وبين مطالب المجتمع وقيمه ومثله.

واستخدم كل من **روجرز وجولد شتاين وماسلو** نفس المكون كأساس في الشخصية.

أما **ثورنديك** فقد بحث في الشخصية في ضوء مكونين أساسيين هما: الارادة Will ومضاد الارادة Counter will وهما في صراع دائم حيث تتجنب الشخصية العزلة فهي في حالة جدلية "ديالكتيكية" بين الاستقلال لتحقيق الارادة "المغايرة"، والتبعية لتحقيق الانتماء "المسايرة".

ويشير **البورت** الى المكون الأساسي للشخصية على انه مجموعة من السمات قسمها الى سمة كبرى قلبية Cardinal ومجموعة صغيرة من السمات الأساسية أو المركزية Central ومجموعة ثالثة من السمات الثانوية Secondary وان لهذه السمات وجود حقيقي.

وأفرز **كاتل** مجموعة من السمات العميقة Source traits ومجموعة أخرى من السمات السطحية Surface traits وقد حاول كاتل ان يجمع هذه المجموعة من السمات بالتحليل العاملي وتوصل الى مجموعة من العوامل (Factors) العامل: مفهوم احصائي يعبر عن مدى تشبع العامل بمجموعة من السمات المرتبطة به ارتباطا موجبا عاليا.

وقدم **موراي** تصورا لعدد من المفاهيم التي تكون الشخصية. فقدم قائمة تتراوح ما بين: 20 – 38 حاجة بعضها حاجات ظاهرة Overt needs وبعضها الآخر حاجات كامنة Latent needs وهي بمثابة الأساس المكون للشخصية.

كما قدم **ليفين** نظرية المجال وطرح من خلالها مفاهيم جديدة اعتبرت بمثابة مكونات للشخصية حيث ادخل مفاهيم عن الوسط والموقف من حول الفرد. وقدم ما يسمى بحيز الحياة Life – space الذي يعبر عن حاجات الفرد والامكانات الفعلية للموقف كما يدركها الفرد. وقدم ما يعرف بالتكافؤات Valences التي تحدد الجوانب المرغوبة أو غير المرغوبة بالنسبة لحيز الحياة. كما قدم مفهوم المتجهات Vectors لتشير الى اتجاهات الجذب والحواجز العائقة أمام الهدف. معتبرا سلوك الشخص دالة لحيز الحياة أي التفاعل بين الشخص والبيئة السيكولوجية.

وقدم **ساربين** مفهوم الدور Role باعتباره مكونا أساسيا في الشخصية بحيث يحدد بعد هذا الدور سلوك الفرد نتاج التفاعل بين الذات والدور.

3) نظريات الشخصية:

ركزت نظرية التحليل النفسي على مفهوم أساسي هو: الحتمية البيولوجية. وبذلك فإنها لا تعير اهتماما للبعد الاجتماعي أو الثقافي وأثره في الشخصية. وقد تحدث فرويد عن ثلاث منظومات في بناء الشخصية ونموها والتي وردت الإشارة إليها في بناء الشخصية الإنسانية ونموها. بحيث تعمل المنظومات الثلاثة بطريقة متكاملة لتشكل معا شخصية الفرد وسلوكه بشقيه: (عباس، 1982)

- السلوك الواضح كما يتضح من خلال أداءات الفرد Performance والذي يسميه Overt behavior
- السلوك المضمر Covert behavior الذي يمكن الكشف عنه بطرق غير مباشرة. والذي يعبر عن أغوار الشخصية.

ويعد المنهج الإكلينيكي منهجا علاجيا كليا بصبغة إنسانية يمكن دراسة الشخصية الإنسانية من خلاله. وقد حدد فرويد الأسس التي يقوم عليها هذا المنهج على النحو التالي:

- الشخصية بكل مكوناتها ونموها تعمل بطريقة دينامية. بمعنى ان السلوك الذي يصدر عنها هو نتاج تفاعل المنظومات المختلفة في صراعاتها.
- الشخصية من وجهة نظر المنهج الإكلينيكي تعمل ككل (كوحدة واحدة) ويعني به ان النظرة إلى شخصية الفرد لا بد وان تشمل كافة أنواع السلوك والاداءات الناجمة عنه في كافة المواقف سواء كان ذلك في الأسرة أو في العمل او مع الرفاق.. الخ.

- الشخصية من وجهة نظر المنهج الإكلينيكي تعمل وفق منظور زماني ومكاني في تفاعلهما معا. فمواقف الصراع التي تواجه الفرد لا يمكن ان تفهم الا بفهم تاريخ حياة هذا الفرد. وبذلك فان الشخص أسير ماضيه.



وقدم **فرويد** تصورا ديناميا يوضح فيه هذا المفهوم. فالحفزات الجنسية التي تريد أن تنطلق من الهو وتعيش شعوريا لتشبع وفقا لمبدأ اللذة. الا ان الأنا تريد منعها مستندة الى مبدأ الواقع ومتأثرة بالأنا الأخلاقية. ويرى فرويد ان الميكانزم الدفاعي هو بمثابة القوة الكابتة التي تضعها الأنا لتمنع هذه المكبوتات من الظهور شعوريا. فتلتف حول التعبير المباشر عن الحفزات الجنسية غير المرغوب فيها وتصبح في صورة مقبولة نوعا. وتقوم بالتوفيق بين الحفزة الجنسية ومتطلبات المجتمع وثقافته. ولا يعد الميكانزم دفاعيا الا اذا تكرر حدوثه مرات ومرات في مواجهة تجارب كثيرة منذ الطفولة. وتعمل هذه الميكانزمات لاشعوريا. كما وأنها تعد بمثابة هروب من مواجهة الواقع عن طريق الانكار والتحريف أو الطمس أو الإخفاء... الخ.

ينتج التعويض الزائد Excessive Compensation: التعويض الزائد من محاولة موازنة الفشل أو التغلب عليه أحيانا نتائج ضارة أو غير مرغوب فيها اجتماعيا. فقد يتجه الطالب الفاشل في دراسته الوجهة السوية. وقد يقوم – نتيجة لإحساسه العميق بالنقص بمحاولات يائسة لتأكيد ذاته. وقد تتضمن هذه المحاولات نشاطا غير اجتماعي دون أن يحقق ما يريده الفرد من إشباع ودون أن تتطلب على ما يعانيه من إحباط. فهو قد يعتزل زملاءه في المدرسة. وقد يحاول أن يلفت إليه الأنظار في المجالس بالحديث بصوت مرتفع أو يكثر من الكلام ويستحوذ على الحديث أو المناقشة. أو يتباهى ويزهو بأعمال قام بها أو لم يقم بها. وقد يؤدي التعويض الزائد إلى السرقة للحصول على أشياء أو أموال كوسيلة يحقق بها الفرد ما يريده من مكانه.

ويظهر التبرير Rationalization: أحيانا في تعليل السلوك أو تفسيره بأسباب تبدو معقولة ومقبولة بينما تكون الأسباب الحقيقية أنفعالية. ويظهر ذلك حين يلجأ الشخص لمثل هذه الوسيلة الدفاعية أمام فشله في الحصول على أمر كان يتمنى الحصول عليه. وكان يسعى إليه. مثال ذلك: تبرير أحدنا فعلا غير لائق قام به عن طريق وصف نفسه بأنه لم يكن هو نفسه وبكامل قوته حين ارتكب ذلك الفعل. وتبرير أحدنا سلوكه في ايثار الذهاب الى النزهة

والامتحان قريب. وتبرير عدم تمكنه من دخول كلية الطيران بتأكيد أخطار الطائرة وقيادتها. بينما كان الدخول الى تلك الكلية من أعظم آماله.

ويؤدي التبرير وظيفته الدفاعية من جهتين: فهو يساعد الشخص على عقلنة ما يقوم به في حدود ما يعتقد به وفي وجه ما يعتقد به الآخرون. كما يساعد على تخفيف حدة الإحباط بالنسبة للأهداف التي لا يستطيع الشخص الوصول إليها.

ويمثل التبرير في حد ذاته وسيلة دفاع أولية تساعد على التخفيف من شدة تأثير الإحباط. ولكن من الممكن فيه الوصول إلى درجات لا تكون إلى جانب استواء الشخصية. فقد يصبح الشخص قابلا للتصديق بالكثير من الأدلة غير الصحيحة. وقد يقوده ذلك إلى اعتناق اعتقادات خاطئة وقبول الكثير من أشكال الهذيان رغم ما ينطوي عليه كل منه من تناقض.

ويظهر الإسقاط Frustration: أكثر الأحيان في إلقاء اللوم على الآخرين بالنسبة للأخطاء نرتكبها نحن أو تقصير يبدو عندنا. فالتلميذ يلقي اللوم على المعلم أحيانا أو على تركيب السؤال في الدفاع عن نفسه أمام الفشل في الامتحان. والشاب كثيرا ما يلقي اللوم على الآخر في بدء المناقشات. وكثيرا ما تلقى اللوم على الحجارة في تعليل وقوعنا المفاجئ ولا نلوم أنفسنا في قلة انتباهنا. ان الشخص الذي تعود أن يعاقب على العدوان قد يكون عن نفسه فكرة عامة أنه مكروه أو منبوذ. وهذه الفكرة تثير قلقه. كما أن استثارة أي رغبة له في العدوان تثير قلقه كذلك. ولكن الحياة مليئة بالمواقف التي تدعو إلى المبادأة وتحمل المسؤولية واتخاذ خطوات تنفيذية قد يكون فيها مخالفة لآراء الغير. وهذه كلها تحمل معنى العدوان. ولذلك، فقد يجد مثل هذا الشخص نفسه محبطا في كثير من هذه المواقف لأنه لا يستطيع أن يجد مخرجا لرغباته المكبوتة. ولذلك، فانه قد يتبع وسيلة الإسقاط لكي يخفف من حدة هذا القلق. وهذا الإحباط. ولكي يشبع دوافعه المكبوتة من ناحية أخرى فيسقط رغباته العدوانية مثلا على الآخرين. وذلك بأن يتصور أن البعض يدبر له مكايد أو يتصور أن الناس أعداءه. وانه لا يوجد في هذا العالم من يريد الخير للأحد.

أما التقمص Identification: فهو أسلوب سلوكي يحاول فيه الفرد الوصول إلى إشباع لدوافعه عن طريق تصور نفسه في مكان أفراد آخرين. وهو بذلك يشاركهم " في مستوى التصور " تحصيلهم الذي حرم منه. فيتصور نفسه في موقف المحارب الشجاع أو في مكان إبطال القصص التاريخية والمسرحيات والأفلام السينمائية التي تدور معظم حوادثها حول انتصارات هؤلاء الأبطال في معارك يقتلون فيها أعداءهم أو يتغلبون عليهم. وقد يدمن الشخص على قراءة مثل هذه القصص أو مشاهدتها أو الحديث عنها. وعن طريق هذه العملية يستطيع أن يشبع

دوافعه من ناحية. ومن ناحية أخرى، فان مثل هذه المواقف تثير عنده القلق كما تثيره مواقف العدوان المباشر.

وقد يحل الصراع أيضا عن طريق اتخاذ كبش للفداء. أي عن طريق اختيار مواقف أو أشخاص أو أشياء يمكن أن تجد فيها الدوافع المكبوتة إشباعا مع تلافي القلق المتعلق بهذه الدوافع. ويلاحظ هذا الأسلوب في حياتنا اليومية. فالرئيس الذي يغضبه أحد مرءوسيه قد ينقل عدوانه على مرؤوس آخر. والموظف الذي يغضبه رئيسه قد ينقل عدوانه على أحد السعاة أو على أهل منزله أو زوجته وأولاده. وكذلك كثيرا ما نلاحظ أن الشخص في حالات غضبه قد يركل الكرسيبقدمه أو يضرب الحائط بيده. وذلك إذا كان المثير الأصلي للغضب شخصا لا يمكن رد العدوان عليه.

وقد تصبح المواقف الاجتماعية من المواقف المثيرة للقلق عند الفرد. وعلى ذلك، فقد يلجأ إلى الابتعاد عن المجتمع بقدر الإمكان لكي يخفف من حدة القلق. فالمجتمع بالنسبة للشخص المنزوي أو المنعزل مليء بالعوامل المثيرة للاضطراب والتعاسة. ولذلك، فانه يتجنب مصاحبة الناس. ويؤثر الوحدة والانفراد في جميع ألوان نشاطه. فهو يميل إلى الألعاب الفردية ووسائل التسلية الفردية. ويتجنب المواقف الجمعية. أي يتجنب كل احتكاك بالآخرين.

أما التخيل وأحلام اليقظة Fantasy: فهي عبارة عن استجابات بديلة للاستجابات الواقعية. فإذا لم يجد الشخص وسيلة لإشباع دوافعه في الواقع، فانه يستطيع أن يشتق إشباعا جزئيا عن طريق التخيل وأحلام اليقظة. والشخص المنزوي أو المنسحب يغرق عادة في التخيل وأحلام اليقظة. حيث يجد في ذلك وسيلة للإشباع لا تحتاج إلى أن يشارك في أي نشاط اجتماعي يجد فيه مثيرا قويا للقلق.

ويظهر النكوص بشكل واضح عند الأطفال في مراحل النمو المبكرة. فالأطفال بدون استثناء تقريبا قد تعتريهم حالات نكوص في سن الثانية أو الثالثة إذا ما ولد طفل جديد في الأسرة. ومن أمثلة النكوص عند الكبار: الحنين إلى الوطن " الذي يشعر به من يغادرون بلادهم للدراسة في الخارج. وذلك بسبب انعدام الأمن في البيئة الجديدة.

رفض يونج الأخذ بمبدأ الجنسية الشاملة عند فرويد كمبدأ لتفسير كل مظاهر السلوك وكذلك آراؤه في عدد من المفاهيم كالليبيدو مثلا. وأسس لنفسه مدرسة خاصة به واصبح منهجه في التحليل والعلاج النفسي يعرف باسم علم النفس التحليلي Analytical psychology (غنيم، 1993) ويرى ان العالم وربما الكون بأسره أحياء وجمادات قد وجد بسبب التعارض القائم بين الأشياء. فهناك دائما تعرض والتعارض يستدعي الصراع والحياة بدون صراع لا تساوي شيئا. فالصراع هو المادة الخام الأساسية للحياة. والصراع هو الذي يدفع الى الأمام

والتقدم. ويقول يونج ان كل ما هو موجود له شيء آخر مقابل حتى لو كان هذا المقابل هو عدم وجود الشيء الأصلي. فهناك حياة – لا حياة، جوع – لا جوع، حب – لا حب، منزل – لا منزل. ويقترح يونج ازاء ذلك نهاية سعيدة لقصة التعارض هذه. فهناك حالة توازن تحدث بين هذه القوى المتعارضة. وقدم ثلاثة أساليب تتخذها النفس لحل صراعاتها هي:

- **التعويض:** وعندما تشعر الشخصية بأنها في حالة صراع نتيجة عجزها عن تحقيق هدف مرغوب. فانها قد تبحث لها عن أهداف أخرى. لها نفس الجاذبية ويترتب على تحقيقها ازالة هذا الصراع.
- **الاتحاد:** وقد تتحد قوتين معا للبحث عن حل مناسب لكليهما. فالاتحاد أو الوحدة تؤدي الى التقدم. فعندما يتدخل شخص في صراع أو نزاع بين فردين في أسرة واحدة. فقد يتحول النزاع بينهما الى نزاع مع الشخص الآخر الذي يتدخل لفض النزاع بينهما. أي انهما يتحدان معا ضد هذا الشخص المتدخل.
- **التعارض:** يتمثل التعارض جيدا في المنافسة كالمنافسة بين تلميذين من اجل الحصول على أعلى تقدير في الامتحان فقد يؤدي الصراع بينهما الى حفز كل منهما على العمل. وان يصل الى ما وراء مجرد تعلم المادة الدراسية.

واهتم ادلر بدراسة ذاتية الفرد واطلق مصطلح علم النفس الفردي Individual psychology وسرعان ما التف حوله مجموعة من العاملين في علم النفس فكونوا جماعة سميت بجماعة علم النفس الفردي. وعبر بوضوح عن مفهومه عن علم النفس الفردي بكتاب له تحت عنوان: الممارسة والنظرية لعلم النفس الفردي The practice and theory of individual psychology أبرز فيه ان سلوك الإنسان تحركه الحوافز الاجتماعية باعتبار أن الإنسان كائن اجتماعي مرتبط بالآخر ويمارس أنشطة اجتماعية ويكتسب أثناء نموه أسلوب حياة Style of life ويتسم بالتعاون والاجتماعية. بمعني انه يتم تطبيع الفرد اجتماعيا من خلال تعرضه للعلاقات الاجتماعية.

ابرز أدلر الدور الاجتماعي الفطري في الفرد مشيرا الى سعي الفرد منذ طفولته المبكرة لاشباعاته من خلال سياق اجتماعي Social – context وتتطور ممارساته. وحين يحس بالنقص في مواجهة بعض المعوقات يتحفز للعدوان ضد مصادر الاعاقة. ساعيا الى القوة Power. ومع المزيد من التوافق الاجتماعي يتطور السعي من القوة الى النضال من اجل التفوق.

وأولى فروم اهتماما بالغا بالطابع الاجتماعي وعلى ما مشترك بين أفراد الجماعة الواحدة. مشيرا إلى أن الوظيفة الاجتماعية للتربية هي في تأهيل الفرد كي يقوم بوظيفته من

خلال الدور الذي سيلعبه في المجتمع مستقبلا. وهذا يعني ان التربية مسؤولة كأداة اجتماعية في جعل الطفل منذ باكورة أيامه متوافقا مع حاجات المجتمع ومطالبه. بحيث تكون تصرفات الطفل ومن ثم الراشد متناغمة مع النظام الاقتصادي الاجتماعي السائد. وبناء على ذلك فان الشخص من وجهة نظر فروم حتى يتوافق فانه لا بد ان يكون مسايرا .Conformist

أشار **فروم** الى وجود اربع حاجات ضرورية للفرد يسعى لإشباعها حتى يحس بالتوافق. وهذه الحاجات هي:

- **الحاجة إلى الانتماء الاجتماعي:** فالإنسان يختلف عن أفراد المملكة الحيوانية التي يقتصر تعاملها مع الطبيعة لإشباع حاجاتها العيانية Concrete needs أما الإنسان فقد تجاوز اشباعاته العيانية وأصبحت له مجموعة حاجات اجتماعية منها الإحساس بالانتماء Sense of belongings كالانتماء إلى الوطن أو إلى مكان العمل أو إلى العائلة.
- **الحاجة إلى الشموخ (التعالي):** ويسعى الإنسان دوما للارتفاع والارتقاء ومن ثم يعمل لتزدهر مواهبه. ويسعى كذلك لأن يصبح مرموقا من خلال تنمية خياله. ومن خلال التحضر. ومن خلال الفنون قاطبة.
- **الحاجة إلى الهوية:** يحتاج الفرد أثناء بناء طابعه الاجتماعي إلى ان يتوحد مع الآخر. أو يتوحد مع العمل. حتى يبتعد عن الوحدة والعزلة والاغتراب. وفي الحالات المرضية قد يتوحد مع المعتدي. أو مع نموذج مرضي.
- **الحاجة الى الانضباط الاجتماعي:** تحدد المعايير التي يطرحها النظام القائم نوع القيم السائدة. والتي ينبغي مسايرتها، والالتزام بها. والتوافق معها. والعمل على تدعيمها. وإذا ما امتص أفراد المجتمع هذه المعايير والنسق القيمي السائد ساد الوئام كيان المجتمع وعاش في هناء.

وصنفت **هورني** الدافع او الحاجة العصابية الى ثلاث حاجات عصابية هي:

- **الحاجة العصابية الأولى** تتمثل في التوجه المرضي نحو الناس سعيا وراء الحب والتقبل الاجتماعي ويتضح السلوك العصابي لدى الشخص في رغبته العارمة في إرضاء الآخرين وعمل ما يريدونه كي يرضيهم حتى لا يحس بالهجر.
- **الحاجة العصابية الثانية** تتمثل في التوجه المرضي بعيدا عن الناس سعيا وراء الاستقلال. ويتسم سلوك الشخص بالعزوف عن الناس وبعدم الارتباط بأحد نتيجة اخفاقه في محاولاته اليائسة في العثور على الدفء العاطفي والمودة والحب.
- **الحاجة العصابية الثالثة** تتمثل في توجه العصابي ضد الناس وضد المجتمع. فيسلك باحثا عن القوة أو السيطرة او الامتلاك واستغلال الآخرين. وإسقاط رغباته على الآخر.

وحاول **سوليفان** ان يزاوج ما بين علم النفس الطبي وعلم النفس الاجتماعي. ومن أهم دراساته: تصورات في الطب النفسي، والتوترات بين الأشخاص والتفاهم الدولي: وجهة نظر طبيب نفسي، ونظرية العلاقات بين الأشخاص فيما يتعلق بالطب النفسي، والمقابلة الشخصية الطبية النفسية. وقسم حياة الإنسان إلى ست مراحل متداخلة ومتمايزة هي:

- **مرحلة المهد: (العامان الأولان)**: في هذه المرحلة لا يحدث قلق أو مخاوف فهي مرحلة استقبال من جانب الأم. ويستجيب الطفل بطريقة سماها الإدراك الأولي أو الفطري.
- **مرحلة الطفولة الباكرة: (من 3 – 6 سنوات)**: وهي المرحلة المهمة في حياة الشخص ففيها يتم الإدراك بطريقة تركيبية.
- **مرحلة الطفولة المتأخرة (من: 6 – 10 سنوات)**: وهي تقابل تقريبا مرحلة التعليم الابتدائي وهي امتداد للطفولة الباكرة. الا ان التواصل فيها يزداد من خلال اللعب مع الأقران. وتعد بمثابة مرحلة تنفيسية لطفل خصوصا في اللعب المنظم داخل المدرسة.
- **مرحلة بداية المراهقة (من: 10 – 12 سنة)**: وفي هذه المرحلة تنمو علاقات قوية حميمة بين المراهق وشخص من نفس الجنس وهي بداية مرحلة الحب ويعتبر الآخر بالنسبة للشخص أكثر أهمية من الآباء ويسمى هذا الوضع بثقافة المراهقين Peer culture.
- **مرحلة المراهقة المتوسطة (من: 13 – 17 سنة)** وفي هذه المرحلية يتعلق الفرد بالجنس الآخر. وبنفس الجنس في ذات الوقت. فهو في حاجة الى الجنسية الغيرية والجنسية المثلية. وقد تتحد الحاجتان وينتج عن ذلك الميل الجنسي لنفس الجنس.
- **مرحلة المراهقة المتأخرة (من: 17 – 20 عاما)**: وفي هذه المرحلة عادة ما تندمج الحاجة الجنسية والحاجة للصداقة الدافئة لشخص من الجنس الآخر. وفي العادة تتركز على شخص واحد.

وقد طرح **سوليفان** عددا من المفاهيم من ابرزها:

- **الشخصية**: الشخصية من وجهة نظر سوليفان تكوين فرضي. فوحدة الدراسة عند سوليفان هي الموقف الشخصي المتبادل بين الأشخاص. وتنتظم الشخصية من الوقائع المتبادلة بين الأشخاص وليست الوقائع الشخصية الداخلية.
- **الديناميات**: تمثل الديناميات أجزاء من الطاقة ثابتة إلى حد ما تميز الكائن الحي الانساني. وتتمثل في سلوك الفرد الظاهر كالكلام مثلا. أو أي أداء قابل للملاحظة. وكذلك في السلوك المضمر كالتفكير وأحلام اليقظة.
- **الذات**: تعد الذات بمثابة منظومة من أساليب سلوكية يكتسبها الفرد. بحيث تجعله آمنا لأن هذه الأساليب الناتجة عنها تتوافق مع رغبات الأبوين (في الصغر) فيلقى التعزيز

الموجب. في الوقت الذي قد يتلقى العقاب وما يصاحبه من قلق إذا لم تؤدي هذه الأساليب السلوكية ما يراد منها.

- **التوتر والقلق:** يرى سوليفان بأن وجود توتر داخلي محكوم بحاجات الكائن العضوية كالتوتر الناجم عن عدم إشباع الحاجات الفيزيولوجية بعامة. وإشباعها يخفض التوتر.

وركز **هنريموراي** Henry Murrey عام 1893 في الشخصية على المبادىء التالية:

- **تعتمد العمليات النفسية على العمليات الفيزيولوجية:** فأصل الشخصية المخ. ووظائف المخ أو أنشطته هي التي توجه وتحكم ذلك ان وظيفة المخ إرشاد وتوجيه وتحكم الشخصية.
- **الحاجة لاغراء التوتر:** ان لدى الإنسان حاجة مستمرة ودائمة للاستثارة (اشتهاء المثير) بمعنى ان الإنسان يسعى للتوتر وليس لإزالة التوتر إذا ما وجد. ولكن ما يحدث بالدقة هو خفض للتوتر Tension reduction إذ يؤدي خفض التوتر إلى الراحة والاستمتاع. بينما يؤدي إزالة التوتر Tension elimination إلى عدم الراحة والتعاسة.
- **نحن لا نفهم الشخصية إلا من خلال منظور زمني تطوري وبمنهج طولي:** فالشخصية تنمو وتتطور مع الزمن بطريقة مستمرة ومتصلة. ولهذا فان الماضي ذو أهمية كبيرة والحاضر مهم جدا في مستقبل الشخصية لأنه سوف يصبح ماضيا بعد فترة.
- **الشخصية متفردة رغما عن وجود بعض التشابه بين الناس:** ولكن لكل فرد شخصيته المتميزة.

وطرح ليفين عددا من المفاهيم في نظريته عن الشخصية من ابرزها:

- **حيز الحياة Life space:** يقصد بهذا المفهوم كل الحقائق (الوقائع) التي تحدد سلوك الشخص في وقت محدد. ويتضمن فقط الوقائع التي تمت للسلوك المعني في موقف ما. أما الأحداث الماضية المتوقعة مستقبلا في لا تمت للموقف الحالي بصلة. ومن ثم لا تؤثر في السلوك الحالي. وقد أشار ليفين أن بعض الحقائق الحالية في الموقف الحاضر لا تمت بشكل مباشر للسلوك. ومن ثم ينبغي استبعادها. مشيرا الى ان فهم حيز الحياة للفرد يمكن من فهم سلوكه العياني في بيئة سيكولوجية معينة. وفي وقت محدد.
- **الحاجة Need:** تعد الحاجة بمثابة حالات دافعية يمكن حدوثها نتيجة حالات فيزيولوجية. ولا تصبح حاجات الا اذا احتلت منطقة متميزة في الشخص من الداخل. فالرغبة في شيء من البيئة أو النية (القصد) لتحقيق هدف معين يمكن ان يصبح حالة دافعة وتصبح حاجة ملحة تتطلب الاشباع.
- **التوتر Tension:** يعبر التوتر عن الحالة الانفعالية التي تصاحب الحاجات دوما. ويمكن ان ينشأ التوتر من أشياء بيئية مغرية يكون لها دلالة كافية للشخص.

- **التكافؤ Valence**: يشير هذا المفهوم الى ان لكل الاشياء والاشخاص تكافؤات موجبة او سالبة فما يشبع حاجات الفرد وما يكون جذابا بالنسبة له فانه يحصل على حالة تكافؤ موجبة. والذي لا يشبع حاجات الفرد كالتهديد مثلا فانه يكتسب تكافؤا سلبيا.
- **المتجه Vector**: يشير هذا المفهوم الى اتجاه قوة وشدة عملية الجذب للأشياء. فاذا كان هناك متجها واحدا فسوف يسير الفرد في اتجاه هذا المتجه. واذا واجه الفرد متجهين متضادين ومتوازيين فالنتيجة الحادثة هي صراع: **صراع الاقدام الاحجام Approach avoidance conflict** وصراع الاحجام الاحجام **Avoidance avoidance conflict** وصراع الاقدام الاقدام **Approach approach conflict**.
- **الحواجز Barriers**: قد تكون الحواجز أشياء أو أشخاص أو عرف اجتماعي، وأخلاقي، أو أي شيء يعوق الشخص المدفوع في اتجاهه نحو هدفه. وتعد الحواجز بمثابة تكافؤات سلبية، وينشأ عنه عادة سلوك استكشافي Exploratory behavior أو ربما تقود الفرد الى شن هجوم عليها.
- **الاتزان Equilibrium**: وتحقيق الهدف او الوصول اليه يؤدي بالشخص الى حالة من الاتزان. فالهدف الأسمى لكل انواع السلوك المدفوع هو العودة الى حالة الاتزان. حيث يحصل الفرد على ازالة التوتر او خفضه حيث تشبع حاجاته فيعود لاستعادة توازنه.

ركز ليفين على الحقائق والوقائع سواء كانت محسوسة أو مستنتجة أو مجردة. وهذه الحقائق هي في حركة وعمل متواصلين. لتكون ما يسمى بالأحداث Events وهذه الأحداث تلعب دورا في شخصية الفرد وتخضع لثلاثة مبادئ هي:

- **مبدأ الارتباط Relatedness**: الحدث بالنسبة لليفين يتم نتيجة التفاعل بين واقعين أو اكثر والواقعة الواحدة لا تسبب حدثا. ولما كان الشخص يعيش في بيئة مادية واجتماعية فانه يتم التفاعل بينه وبين الآخرين في البيئة. وبينه وبين البيئة الفيزيقية نفسها.
- **مبدأ العيانية Concreteness**: إن الوقائع الفعلية (الحقائق) هي التي لها اثر في تكوين الاحداث. بينما توجد وقائع ممكنة او محتملة أو فرضية، ولكن تظل عاجزة عن الفعل. فهي موجودة بالقوة Force وليست موجودة بالفعل Action
- **مبدأ التزامن (المعاصرة) Contemporarily**: الوقائع في زمان ما، في مكان ما، وتسبب سلوكا ما هي إلا الوقائع الراهنة التي يمكن ان تحدث هذا السلوك الراهن الآن.

اهتم اولبورت بدراسة الشخصية بالمنهج الأيدوجرافي (المنهج الفردي Idiography) الذي يتسم بالعمق والشمول لحالة واحدة فريدة ومتميزة. وعارض اولبورت الاستعارة من العلوم

الطبيعية ورفض التجريب وإجراء الممارسات المعملية (المختبرية) ودعا الى فصل العلوم الإنسانية عن العلوم الطبيعية. ويمكن فهم الشخصية فقط عن طريق دراسة الحالة وليس بإيجاد القوانين التي يمكن تفسيرها. (هول، وليندزي، 1978)

وضع **كيرت جولدشتاين** Kurt goldstein عددا من القواعد النظرية المستقاة من مبادىء الجشطالت المرتكزة على الكليات Wholes وعلى التنظيم Systematization والتبدل الوضعي .Transposition وقد جمع هذه القواعد النظرية في مسلمات ثلاث هي:

- لا بد من النظر بعين الاعتبار لكل ما هو مطروح من جانب الكائن العضوي كما يتمثل في زملة الأعراض Syndromes فلا يوجد عرض أهم من آخر. والمهم ان يكون الوصف صحيحا.
- من المهم ان يكون الوصف سليما لهذه الأعراض ودقيقا من جانب الفاحص. ومن الخطأ التركيز على مجرد الأثر الناتج عن الاصابة. لأن الأثر الناتج عنها قد يكون مضللا في علاقته بالوظيفة التي حدث فيها الخلل.
- لا توجد ظاهرة بطريقة مجردة وهذا يشير الى ان الظواهر لا تلاحظ أو تفهم أو تفسر الا بالرجوع الى الكائن العضوي المعني. وكذلك بالرجوع الى الموقف الذي ظهرت فيه.

تأثر **جاردنر موري** Gardner murphy بالمدرسة الجشطالتية وبمفهوم الاستبصارInsight ومبادىء التحليل النفسي وديناميات الشخصية، واللاشعور والترابط Association المأخوذ عن المدرسة السلوكية، وكذلك انتقال أثر التعلم. مشيرا الى وجود أربع عمليات ثورية تطورية واضحة تماما هي:

- يوجد عدد لا نهائي من تحويلات تحدث في الكائنات فتخلق كائنات جديدة وتندثر كائنات قديمة. ويمكن لعالم البيولوجيا ملاحظة ذلك.
- تخضع معدلات التوالد لعملية انتقائية. بمعنى تقوية خصائص جسمية واختفاء خصائص ضعيفة. بمعنى ان الاتجاه نحو الأفضل. وينعكس ذلك في النضال من اجل رفع مستوى المعيشة. والسيطرة الاجتماعية.
- المؤثرات الثقافية تلعب دورا اكبر. فقد اعادت تحديد دلالات الصفات البيولوجية واصبح متوفرا نوع جديد من البشر بدأ يتزايد في الطبقات الاجتماعية المختلفة.
- اصبحت خلايا الجسم Body cells والخلايا الجنسية Germ cells متميزة تماما. واصبح من الممكن تغذيتها ورعايتها. واصبح لها القدرة على نقل الخصائص الموروثة من جيل لآخر بغض النظر عن اللغة المتخاطب بها والمهن الممارسة. والتحيزات التي من الممكن أن تتواجد في الأفراد الذين يحملونها.

يرى بيرلز Perlys وهو احد مؤسسي العلاج الجشطالتي ضمن مجموعة من علماء نفس الجشطالت أمثال رالف هيفرلاين Ralph hefferline وبول جودمان Paul goodman ان أي كائن حي له اعضاء وتنظيم معين وانضباط داخلي. والكائن بطبعه ليس مستقلا عن بيئته. فكل كائن يحتاج لبيئة معينة كي يتناول المواد الاساسية. فنحن جميعا نحتاج الى البيئة الفيزيائية من اجل تبادل الهواء والطعام..الخ. كما نحتاج للبيئة الاجتماعية من اجل تبادل الصداقة والحب والغضب. ونحن (ككائن انساني) نعمل في تناسق متناهي في التعقيد بين كل اجزاء الجسم التي تتفاعل مع بعضها البعض لتكون الكائن.

ويرى بيرلز ان الشخص يمثل ببساطة جهازا في حالة توازن، وعليه ان يقوم بوظائفه على نحو سليم. وتعادل خبرة عدم التوازن على انها حاجة لتصحيح عدم التوازن هذا والموقف الكثر اهمية هو الذي يتحكم في توجيه السلوك. ونحن بهذا. نصل الى اهم واطرف ظاهرة في علم الامراض النفسية كله وهي الانضباط الذاتي. في مقابل الانضباط الخاجري. ويشير بيرلز في هذا الصدد ان الوعي في حد ذاته يمكن ان يكون شافيا. ذلك لأننا بالوعي الكامل تصبح واعيا بهذا الانضباط الذاتي. ونقيض هذا هو مجال الأمراض النفسية.

تحدث عدد من علماء النفس عن فكرة تحديد الخصائص أو الاستعدادات التي تبدو مستقرة ومستمرة عند الفرد فنحن حين نصف الناس في الحياة اليومية. فاننا إما آن ننمطهم أو نسرد سماتهم. وفي كلتا الحالتين نحاول أن نحدد الخصائص او الاستعدادات التي تبدو مستقرة ومستمرة لديهم.

ويقصد علماء النفس بالسمات الخصائص الفريدة فربما وصف شخصية الفرد بسرد سمات مثل منافق، أو مفكر، أو قذر، أو سلبي، أو خاضع. وتمثل السمة بعدا متصلا يمكن إدراكه على أنه ربط بين صفتين متناقضتين. ويحتل الناس عادة أماكن خاصة في السمة تقع بين النهايتين. فإذا طلب منك أن تحكم على السمة الاجتماعية عند أحد الأصدقاء مثلا. فمن المحتمل أن تضع هذا الشخص أقرب إلى قطب " اجتماعي في أغلب الأحوال " منه إلى قطب " منعزل في أغلب الأحوال " وقد تشير السمات إلى جوانب متنوعة من الشخصية تتضمن المزاج والدافعية والتوافق والقدرات والقيم.

وتختلف طريقة تحديد النمط عن طريق السمات في عدة نواح جوهرية هي:

- تميل السمات إلى الإشارة إلى جوانب محددة ضيقة من الشخصية بينما الأنماط تتناول الشخصية ككل.
- تفترض الأنماط أن صفات خاصة تتجمع معا في العادة " فالنمط المفكر" مثلا: يكون عاليا

في الذكاء والنفاق ومنخفض في الاجتماعية والبراعة البدنية. وقد اعتقد الطبيب الاغريقي أبو قراط ان الناس ينتمون الى أحد انماط مزاجية أربعة هي: المكتئب والمتفائل والخامل والمتهيج. وصنف كارل يونج صاحب النظرية الفرويدية الجديدة الناس إلى: انطوائيين "خجولين ومشغولين بمشاعرهم الخاصة" أو منبسطين "اجتماعيين متحررين" وذلك في بداية حياته المهنية.

وقد حاولت نظريات الاستعدادات الشكلية للشخصية أن تصف وتصنف الناس وفقا للسمات أو الأنماط (تجمعات السمة) وجزءوا الشخصية ككل إلى مكونات خاصة. ومن المفترض أن كل خاصية تستمر نسبيا خلال فترة الحياة. وفي مواقف مختلفة. ومن هذه النظريات ما يلي:

فقد تمكن ريموند بيرنارد كاتل (Raymond Bernard Cattell Hall & Lindzey, 2007) من تحديد ست عشرة مجموعة من السمات الشخصية وضعت لها عناوين بالحروف أولا ثم أعطيت لها أسماء سمات فيما بعد. وقد أيدت معلومات الاختبارات الموضوعية. وكذلك تقديرات سلوك الحياة الواقعية أن هذه السمات تمثل أعدادا أساسية للشخصية وتعرف هذه الخصائص الست عشرة المعروضة بالسمات المصدرية Source Traits. ويبدو أنها تتأثر بالموهبة الطبيعية ومستقرة نسبيا طوال الحياة. كما اعتبرت مصدرا لكثير من الصفات السطحية أو السمات الظاهرة Surface Traits فالسمة المصدرية التي تتحدد عند إحدى النهايات بالسيطرة وعند الطرف الأخر "بالخضوع" تعد مسئولة على سبيل المثال عن السمتين الظاهرتين: "الثقة بالنفس" "والتباهي". وبجانب تحديده لبعض المكونات الأساسية للشخصية. طور كاتل ومساعدوه العديد من استفتاءات التقرير الذاتي التي تستخدم لتمييز شخصيات الأفراد والجماعات.

وتركزت بحوث ايزنك الى حد كبير في مجال الدراسات الاكلينيكية للشخصية. كما قام باجراء بحوث تتعلق بالاتجاهات والفكاهة والجماليات وعدد من المجالات الأخرى. يعرف ايزنك الشخصية على أنها: " المجموع الكلي لأنماط السلوك الفعلية أو الكامنة لدى الكائن، ونظرا لأنها تتحدد بالوراثة والبيئة، فإنها تنبعث وتتطور من السلوكية: القطاع المعرفي (الذكاء)، القطاع النزوعي (الخلق)، القطاع الوجداني (المزاج)، والقطاع البدني (التكوين)."

يرى ايزنك أن اغلب نظريات الشخصية متعلقة بمتغيرات متشابهة وغير محددة. وقد استخدم التحليل العاملي في دراساته عن الشخصية مما اتاح له وضع نظام للشخصية يتميز بعدد صغير جدا من الأبعاد الرئيسية التي تم تحديدها بدقة فائقة. (هول وليندزي، 1978)

تصور ايزنك الشخصية بوصفها تتكون من الافعال والاستعدادات التي تنتظم في شكل هرمي تبعا لعموميتها واهميتها. وتحتل الطرز اعلى مستويات العمومية والشمولية. كما تحتل الاستجابات النوعية أكثر المستويات نوعية واقلها عمومية. وفيما بين المستويين تقع الاستجابات المعتادة والسمات.

يشارك أصحاب النظريات السلوكية أصحاب نظريات الاستعداد في التأكيد الشديد على استخدام المناهج العلمية الصارمة. وهم يميلون بصفة خاصة إلى تأكيد التجريب وبسبب إصرار علماء النفس السلوكيين على القياس المضبوط يركزون عادة على الحقائق الملحوظة. والاستجابات الفيزيولوجية والظواهر الأخرى التي يمكن تقديرها موضوعيا. فأحيانا يدرسون الحيوانات في المعمل بهدف الاستبصار بالعمليات الجوهرية في الشخصية. وفي سبيل تفسير السلوك يؤكد السلوكيون على مبادئ التعلم والظروف البيئية

فيرى **سكنر** (Hall & Lindzey, 2007) أن الشخصية عبارة عن خيال أو وهم في جوهرها. فالناس يرون ما يفعله الآخرون ويستنتجون الخصائص المعمرة (الدوافع، السمات، القدرات) الموجودة أصلا في ذهن صاحبها ويعتقد أن السلوكيين يجب أن يركزوا على فهم ما يفعله الكائن.ويعتقد سكنر أن السلوك يمكن تفسيره بالعوامل الوراثية والعوامل البيئية. مؤكدا على دور الخبرة. خاصة ما يتعلق منها بمبادئ الاشتراط البسيط مثل التعزيز والانطفاء والاشتراط الضدي والتمييز. فسلوك الفرد كما يراه محكوم في أي وقت بالكثير من الظروف المستقلة في جوهرها.

ويؤثر نموذج الذات في الأحداث كما تؤثر بدورها في نموذج الذات. ويعتبر الجهاد في سبيل الذات هو الدافع الإنساني الرئيسي. أما الدوافع الفيزيولوجية فهي قليلة الأهمية. ويعتمد أصحاب النظريات الظاهراتية على الملاحظات الإكلينيكية خاصة تقارير الذات. كما يميلون إلى تبني هذا المدخل للشخصية. وقد اشتهرت نظرية الذات عند كارل روجرز في محاولة منه لمساعدة الناس المشكلين في التغلب على مشكلات الحياة. مطورا أفكاره ببدء من الخبرات الإكلينيكية. وعرف الذات على أنه نموذج منظم ومتسق من الخصائص المدركة للانا أو لضمير المتكلم مع القيم المتعلقة بهذه الرموز.

وقد قدم **روجرز** عددا من المبادئ الأساسية في الشخصية اشتملت على الآتي (غنيم، 1993):

- يوجد كل فرد في عالم من الخبرة دائم التغير هو مركزه فكل منا يحيا في عالم من الخبرة خاص به. عالم متغير باستمرار. فأنت لا تنزل النهر الواحد مرتين فان مياهها جديدة تجري دائما من حولك.

- يستجيب الكائن الحي للمجال كما يخبره ويدركه. والمجال الادراكي هو واقع بالنسبة للفرد. والواقع قد يكون تجريدا بالنسبة للفيلسوف أو عالم الميتافيزيقا. ولكنه بالنسبة للفرد. فان الواقع يخبره ويتقبله الفرد بجهازه الادراكي الخاص. وإذا كان لدى الفرد جهازا ادراكيا متسقا بالنسبة له. فانه سوف يكون لديه درجة معينة من القدرة على التنبؤ يمكنه الاعتماد عليها.
- يستجيب الكائن الحي الى المجال الظاهري ككل منظم.
- للكائن الحي نزعة واحدة أساسية هي تحقيق وابقاء وتقوية الكائن الحي الذي يحيا الخبرة.
- السلوك في أساسه محاولة موجهة نحو هدف هو إشباع الحاجات التي يخبرها الكائن الحي في مجاله كما يدركه.
- يصاحب الانفعال السلوك الموجه نحو هدف. ويسهل له مهمته بوجه عام. فيرتبط نوع الانفعال بتلك النواحي من السلوك التي تجد في الطلب وذلك، مقابل النواحي الاستهلاكية للسلوك. كما ترتبط شدته بمدى الأهمية المدركة للسلوك في الحفاظ على الكائن الحي وتدعيمه.
- ان احسن موقع ممكن لفهم السلوك هو من خلال الاطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه. فالسلوك الذي قد يبدو غريبا او لا معنى له في نظر الملاحظ الخارجي. قد يكون سلوكا غرضيا وهادفا الى حد بعيد بالنسبة للفرد نفسه. وقد تكون هناك مآخذ كثيرة ومشكلات عميقة في الوصول الى المشاعر الداخلية الاستبطانية لفرد معين. ولكن في حياة كل واحد منا نظائر في حياة الآخرين.
- يتمايز جزء من المجال الادراكي الكلي بالتدريج ليكون الذات. فالذات الظاهرية تتمايز من المجال الادراكي الكلي. والذات هي وعي الفرد بوجوده ونشاطه.
- نتيجة للتفاعل مع البيئة ومع الأحكام التقويمية للآخرين بشكل خاص يتكون بناء الذات من نمط تصوري منظم مرن ولكن متسق من ادراكات خصائص وعلاقات ال "أنا" أو "ضمير المتكلم" مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم.
- القيم المرتبطة بالخبرات والقيم التي تشكل جزءا من بناء الذات هي في بعض الحالات قيم يخبرها الكائن الحي بصورة مباشرة. وفي بعض الحالات قيم يستدمجها أو يأخذها عن الآخرين. ولكن تدرك بطريقة مشوهة كما لو كانت قد خبرت بطريقة مباشرة.
- تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته الى صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات. ويتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات، ويحال بينها وبين الوصول الى صورة رمزية أو تعطى لها صورة رمزية مشوهة لأنها تتسق مع بناء الذات.
- معظم طرق السلوك التي يتبناها الكائن الحي هي تلك التي تتسق مع مفهومه عن نفسه. فالذات تأمل في ابقاء السلوك الذي يتسق وصورة الذات. ولذا، فان أحسن طريقة لاحداث تعديل في السلوك يكون باحداث تغيير في مفهوم الذات.

- قد يصدر السلوك في بعض الحالات عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل الى مستوى التعبير الرمزي.
- ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الكائن الحي عددا من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ مرتبة الوعي. ويؤدي هذا بدوره الى الحيلولة دون تحول هذه الخبرات الى صور رمزية والى عدم انتظامها في جشطالت بناء الذات.
- يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للكائن الحي بأن تصبح متمثلة في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة ومتسقة مع مفهوم الذات.
- تدرك أي خبرة لا تتسق مع تنظيم أو بناء الذات كتهديد. وكلما زاد هذا النوع من المدركات ازداد الجمود في تنظيم بناء الذات حتى يتسنى له المحافظة على بقائه.
- في ظل ظروف خاصة تتضمن أساسا انتفاء أي تهديد للذات يصبح ادراك الخبرات التي لا تتسق مع مفهوم الذات أمرا ممكنا. كما يصبح من الممكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثل هذه الخبرات. وجعلها متضمنة في بناء الذات.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية. فانه يصبح بالضرورة أكثر تفهما للآخرين وأكثر تقبلا لهم كأشخاص منفصلين.
- عندما يدرك الشخص ويتقبل في بناء ذاته لمزيد من خبراته العضوية. يكتشف أنه يستبدل جهاز القيم الحالي لديه – وهو قائم في المقام الأول على ما استدمجه عن الآخرين وأعطى له صورة رمزية مشوهة – بعملية تقييم متصلة ومستمرة. وعندما يحرز الفرد تقدما ونجاحا وثقة في عملية التقييم. فانه يجد ان الأجهزة القديمة لم تعد تثير التهديد ولا لزوم لها.
- هذه القضية تتصل برغبة الفرد وحاجته الى الاعتبار الاجتماعي. وفي بعض الأحيان تصبح هذه الرغبة أكثر الحاحا من عملية التقييم العضوية بحيث يسعى الفرد الى الحصول على تقدير الآخرين. اكثر مما يسعى الى الخبرات التي يقدرها الكائن الحي العضوي.
- وجد روجرز حاجة ملحة الى اعتبار الذات تسير جنبا الى جنب وبشكل متمايز مع الحاجة الى الاعتبار الاجتماعي.
- ونتيجة لقوى وحاجات ومطالب الاعتبار الاجتماعي واعتبار الذات ينمي الفرد اتجاها نحو تقدير الذات.

4) علاقة الشخصية بالارشاد النفسي:

تؤدي عوامل الشخصية دورا هاما في تقدير مدى صلاحية الفرد للعمل. خاصة وان الافراد الذين يعانون من اضطراب ما، ربما يجدون صعوبة في التوافق في اعمالهم (المشعان، 1993). وقد اشارت الدراسات التي اجراها سوبر في هذا المجال الى ان رجال البيع يتميزون بالسيطرة وبالاستعداد الاجتماعي اكثر من الافراد الذين يعملون في المكاتب. ويميل مندوبو شركات التأمين مثلا الى الشعور بالثقة الزائدة بالذات والقدرة على الاقناع. بينما يتمز الفنانون بقدرة تحليلية عالية، وهؤلاء يسعون للحصول على الاشباع الانفعالي وانهم اشد قلقا من غيرهم وبينما يتميز علماء الفيزياء والبيولوجيا بالنظر الى الاشياء نظرة كلية بموضوعية فان علماء النفس يهتمون بشكل رئيسي بالعلاقات الشخصية والميل الى تقديم المساعدة للاخرين ويهتمون بالانسان الفرد اكثر من اي شيء آخر.

وتحدثت الدراسات المتعلقة بالاشباع المهني المتمثل في نوع من التوافق بستهدف تقبل الذات من حيث القدرات والتحصيل والخبرات والفرص.عن مقارنة الجماعات بعضها ببعض مشيرة الى ان الفروق بين الافراد والفروق داخل الفرد ذاته لها اهمية وذات دلالة كبيرة. وانه يمكن الاستدلال على التوافق المهني من عاملين رئيسيين هما:

- **الاشباع**: ويشتمل على الاقتناع بالعمل وتقبله بوضع عام وتقبل ظروف العمل.
- **الكفاية**: ويعبر عنها بمدى كفاءة الفرد وأهليته للعمل وكفايته الانتاجيه.

وقد تختلف انماط التوافق المهني باختلاف المهن. وتعتبر الصلاحية المهنية بمدى مطابقة الفرد لمقتضيات العمل كاحد ابعاد التوافق. كما تلعب الميول المهنية والتفضيل المهني دورا هاما في الاشباع المهني. وان كل مهنة ايا كان نوعها تستلزم توافر صفات معينة في شخصية الفرد سواء تعلقت الصفات بالجوانب العقلية والانفعالية والمعرفية والشخصية حتى يستطيع تأديتها بنجاح.

5) اضطرابات الشخصية:

تشير اضطرابات الشخصية الى انحراف في تكوين الشخصية يحد من إمكانيات الشخص على التوافق ويفقد القدرة على تكوين علاقات متوافقة مع الآخرين، كما يكون في حالة استثارة وغضب دائمين. ويكون غير معني بحدود وضوابط المجتمع من حوله. وغير قادر على الاكتفاء الاقتصادي. وهناك أنواع مختلفة من اضطرابات الشخصية نعرض منها الحالات التالية: (Holmes,2003)

1. **الشخصية البارانويد:**

ويتميز الشخص الذي يعاني من اضطراب البارانويد بما يلي:

- التشكك فيمن حوله اعتقادا منه أنهم يكنون له الحقد والكراهية.
- البرود والابتعاد عن الآخرين والنكد والانعزالية.
- الاستثارة التي قد تظهر فجأة في نوبات من الغضب والتشكك.
- المشكلات الأسرية المتتابعة.
- عدم القدرة على إقامة علاقات طبيعية مستديمة مع الآخرين.

2. **الشخصية الدورية:**

تنتاب الشخصية الدورية فترات من الابتهاج يتبعها فترات من الاكتئاب البسيط. فيشعر الشخص المبتهج بالحيوية والثقة بالنفس والمرح. وفي حالة الاكتئاب ينقلب كل ذلك الى تعب وحزن وعدم ثق بالنفس ويقل مستوى نشاطه وينعزل اجتماعيا.

3. **الشخصية الفصامية:**

تتسم الشخصية الفصامية بالانعزالية والخجل والخوف من العلاقات الوثيقة مع الآخرين. وعدم القدرة على الاندماج في أنشطة مع الآخر ينم والتعبير عن الشعور بالسيطرة والكراهية. والشعور بعدم الكفاءة والنقص. وزيادة في فترات أحلام اليقظة لديه.

4. **الشخصية الاندفاعية:**

يتميز الشخص الاندفاعي بنوبات من الغضب الشديد. يوجه في عدوانه اليدوي أو اللفظي الى الآخرين. ثم ينتابه الأسف بعد ذلك ويطلب الصفح عما يصدر منه. وهو غير قادر على السيطرة على أفعاله أثناء نوبات الغضب هذه والتي قد تحدث على فترات متقطعة. كما يتميز هذا الشخص بعلاقات اجتماعية جيدة مع الآخرين ويكون محبوبا لديهم

5. **الشخصية الوسواسية القهرية:**

يتميز الشخص الوسواسي بالنظام الزائد وعدم التبذير وتبلد العلاقات مع الآخرين. وعدم القدرة على تحمل النظام والقذارة والعمل غير المكتمل. يستطيع المثابرة في العمل. ولكن تنقصه المرونة وينتابه قلق شديد، وشعور بالذنب. غير قادر على التكيف في العطلات وأوقات الفراغ الطويلة. شديد التمسك بالأخلاق ويتبع حرفية القانون.

6. الشخصية الهستيرية:

تتميز الشخصية الهستيرية بما يلي:

- عدم النضج.
- الكبرياء.
- التمركز حول الذات.
- السلوك التمثيلي.
- البحث عن وسائل لجذب الانتباه.
- التظاهر بالخجل أمام الجنس الآخر.
- قد يظهر سلوكه الجنسي بطريقة فاضحة.
- التقلب الانفعالي.
- غير قادر على تحمل المسؤولية وانما يبحث عن بديل لذلك.

7. الشخصية اللا اجتماعية:

تتميز الشخصية اللااجتماعية بما يلي:

- الصراع المزمن مع الآخرين ومع المعايير الأخلاقية للمجتمع.
- ينقصه الحس بحقوق واحساسات الآخرين.
- عدم القدرة في بناء علاقة تتميز بالإخلاص والمحبة.
- التمركز الشديد حول الذات.
- عدم الشعور بالذنب أو القلق أو الخجل بشكل واضح عن أفعاله الخاطئة.
- عدم تحمل المسؤولية.
- غير قادر على تحمل مواقف الإحباط لديه.
- تكون أهدافه قصيرة غير قادر على المثابرة في عمله.
- يتجنب المحاسبة عن أفعاله ويتهرب من هذا الموقف بالكذب أحيانا كثيرة.

8. الشخصية الواهنة:

تتميز الشخصية الواهنة بما يلي:

- الاستجابة غير المناسبة للمثيرات العقلية والانفعالية والاجتماعية والجسمية.
- عدم القدرة على التكيف لمواقف معينة كالزواج او الحياة المنزلية او العمل.
- الاتسام بعدم الثقة في النفس.
- التردد.
- الاعتماد على الآخرين.
- عدم الحيوية وسرعة التعب وعدم تحمل أي ضغط.

مراجع الوحدة السادسة

المراجع العربية:

- ابو عيطه، سهام محمد (2002). **مبادىء الارشاد النفسي**. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- اسماعيل، محمد عماد الدين (2001): الطفل من الحمل الى الرشد (الجزء الثاني: الصبي والمراهق)، الكويت: دار القلم.
- حسين، طه عبد العظيم، وحسين، سلامة عبد العظيم (2006). استراتيجيات ادارة الضغوط التربوية والنفسية. عمان: دار الفكر: ناشرون وموزعون.
- الخالدي، عطا فؤاد (2008) ارشاد المجموعات الخاصة، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع. الاردن.
- الريماوي،محمد عوده. (2007). علم نفس النمو. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة
- الشيخ، سليمان الخضري (1983). دراسة في التفكير الخلقي للمراهقين والراشدين. الكتاب السنوي في علم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد الرابع، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- صادق، آمال وابو حطب، فؤاد (2005): نمو الانسان: من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد (1998). قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده لدى طلاب جامعة الكويت. المجلة العربية للعلوم الانسانية. 16 (64)، 8 – 52
- غنيم، سيد محمد (1993). الشخصية: محدداتها وقياسها ونظرياتها، دار النهضة العربية، القاهرة.
- المشعان، عويد سلطان (1993) التوجيه المهني. العين: مكتبة الفلاح.
- هول، كالفين وليندزي، جاردنر (1978). نظريات الشخصية. ترجمة فرج أحمد فرج وقدري حفني ولطفي فطيم. القاهرة: دار الشايع للنشر.

المراجع الأجنبية:

- Arnold, J., Cooper, C. L., & Robertson, I. T.; (1998). Work psychology: Understanding human behavior in the Workplace. London: Financial times: Pitman publishing.
- Aronfreed, J.; (2006). Conduct and conscience: The socialization of internalized control over behavior. New York: Academic press.
- Baron, A. B. , & Kalsher, J. M.; (2007) Essentials of Psychology. Boston: Allyn and Bacon.
- Brannon, L., & Feist, J.; (2009). Health psychology: An introduction to behavior and health. Australia: Brooks/ Cole.
- Brown, D.; (2007). Career information, Career counseling, and Career development. Boston: Allyn and Bacon.
- Burke & Weir, 1976
- Carson, C. C., et al.; (2007) Abnormal psychology and modern life. Boston: Allyn and Bacon.
- Gannon, M. J.; (1999). Organizational behavior: A managerial and organizational perspective. Boston: Little, Brown and company.
- Gewirtz, J. L.; (1999). Mechanisms of social learning some roles of stimulation and behavior in early human development (In) D, Goslin (Ed) , Handbook of Socialization theory and research. Chicago: Rand McNally.
- Gorman, A. ; (1993). Developmental psychology. New York: D. Van Nostard Co.
- Hall, C. & Lindzey, G.; (2007). Theories of Personality. New York: John Wiley & Sons.
- Holms, D.; (2003). Abnormal psychology. New York: Harper Collins publishers, Inc.
- Hurlock, E.; (1980) Adolescence development. New York: McGraw – Hill.
- Kimmel, D. G.; (2001) Adulthood and aging. New York: John Wiley & Sons INC.
- Kolberg, L. & Kramer, R.; (1980). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. J. of Human development. 12, 93 – 120,
- Lahey, B. B.; (2009). Psychology: An introduction. Madison: Brown & Bencmark Publishers.
- Miller, P. H.; (1993). Theories of developmental psychology. New York: W. H., Freema.
- Osipow, S.H.; (2003) Theories of career development. New Jersey: Prentice – Hall, Inc.

- Riggio, R., E.; (2009).Introduction to industrial/ organizational psychology. New Jersey: Prentice hall, Upper River.
- Papalia D. E., & Olds S. W.; (2005) Psychology. New York: McGraw – Hill Book Company.
- Peterson. C.; (2005) Introduction to psychology. New York: Harper Collins publishers.
- Rathus, S. A.; (2002) Psychology In the millennium. New York: Hartcourt college publishers.
- Roediger 111 H. L. et al.; (2007). Psychology. Boston: Little, Brown and company.
- Schermerhorn, J. R.; (2001). Management. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Scully. J. H., et al.; (2010) Psychiatry. Malvern: Pennsylvania: Harwal Publishing Company.
- Wade, C. & Tavris, C.; (2003) Psychology. New York: Harper Collins College publishers.
- Zunker, V.; (2002) career counseling: Applied concepts of life planning. Australia: Thomson learning.

الوحدة السابعة

الارشاد النفسي لكبار السن



الوحدة السابعة
الارشاد النفسي لكبار السن

أولاً: المقدمة:

(1 – 1) تمهيد:

عزيزي الدارس: أهلا بك في الوحدة السابعة من هذا الكتاب والذي تبحث في مشكلات النمو في مرحلة الشيخوخة وهي مرحلة النضج واكتمال الشخصية وضعفها وانحدارها. فهي ربيع العمر وخريفه. تتطور بالفرد من رعاية الاسرة الى الاستقلال الذاتي. وكسب الرزق ومسؤولية تكوين اسرة جديدة ورعايتها والاشراف على توجيهها حيث تصطدم أحلام المراهقة بالواقع ويتعلم الكبير كيف يكيف آماله لمظاهر البيئة التي يعيش فيها. كما تمثل الشيخوخة فقدانا جوهريا وانحرافا سلبيا في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الاسوياء. وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. وتحرص مؤسسات الرعاية الاجتماعية عادة الى توفير كل وسائل الرعاية والخدمات بهدف تخفيف حدة المشكلات التي يعانيها المسنون.

تتألف هذه الوحدة من سبعة أجزاء. يبحث الجزء الأول منها في الشيخوخة عبر التاريخ وأهميتها والأطر النظرية في تحديد المراحل العمرية. ويبحث الجزء الثاني في التغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن. ويبحث الجزء الثالث في التغيرات المعرفية المصاحبة للكبر. أما الجزء الرابع فيبحث في التغيرات النفسية والاجتماعية المصاحبة للكبر. ويبحث الجزء الخامس في الامراض الجسمية لدى كبار السن وفي الجزء السادس الاضطرابات النفسية لديهم ويبحث الجزء السابع والأخير في الرعاية الصحية والخدمية للمسنين ورعايتهم.

(1 – 2) اهداف الوحدة:

عزيزي الدارس: يتوقع منك بعد الانتهاء من دراسة مادة هذه الوحدة ان تصبح قادرا على أن:

1. تعرف مجتمع الكبار.
2. تبين التغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن.
3. تحدد التغيرات المعرفية المصاحبة للكبر.
4. تذكر التغيرات النفسية والاجتماعية المصاحبة للكبر.
5. تحدد الأمراض الجسمية لكبار السن.
6. تبين الاضطرابات النفسية لكبار السن.
7. تحدد حاجات المسنين واساليب الرعاية لهم.

ثانياً: مجتمع الكبار:

تعد مرحلة الشيخوخة مرحلة النضج واكتمال الشخصية وضعفها وانحدارها. فهي ربيع العمر وخريفه. تتطور بالفرد من رعاية الاسرة الى الاستقلال الذاتي. وكسب الرزق ومسؤولية تكوين اسرة جديدة ورعايتها والاشراف على توجيهها حيث تصطدم أحلام المراهقة بالواقع ويتعلم الكبير كيف يكيف آماله لمظاهر البيئة التي يعيش فيها.

(2 – 1) التعريف بمجتمع الكبار:

تمثل الشيخوخة فقدانا جوهريا او انحرافا سلبيا في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الاسوياء. (Wright & Weiss, 2009) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. ففي سن الخامسة والستين من عمر الانساني ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهري في تحول النمو الانساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فانه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجيا حتى يصل الى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر). (Baron & Kalsher, 2007)

وقد ورد في قواميس اللغة العربية معنى الكبر في السن وما نسميه بالشيخوخة حيث يقال: "شاخ الانسان شيخا وشيخوخة – والشيخ، هو من أدرك الشيخوخة وهي في الغالب من تجاوز عمره الخمسين سنة. ويقال: هرم الرجل هرما، أي بلغ أقصى الكبر وضعف،" والهرم يعني كبر السن. ويستخدم الباحثون كلمتي الكبر والشيخوخة للأفراد الذين تتجاوز اعمارهم سن الخمسين سنة.

وتحدث الزبيدي (2008) عما اذا كان الانسان الذي يطغى البياض على السواد في شعر رأسه هو الذي نسميه كبيرا؟ أم من بلغ الخمسين سنة من عمره؟ وهل الكبير هو من تجاوز منتصف العمر؟ وهذا يتطلب معلومات عن العمر الزمني لكل فرد وعن التغيرات البدنية المتعلقة بعمليات الهدم والبناء.

الا ان الباحثين قد أشاروا الى المعيار الاجتماعي لكبر السن حين ينسحب الشخص من كثير من المسؤوليات الاجتماعية التي كان يؤديها بكفاءة من قبل داخل الأسرة أو في المجموعة الاجتماعية المحيطة بسبب عوامل الضعف المتنامي في قوته البدنية والصحية.

وأشار فريق ثالث للحكم على كبر الفرد لكونه أصبح عرضة أكثر فأكثر لبعض الأمراض المزمنة التي تضعف قدرته وحركته وأداءه. وتحدث آخرون عن معيار الصحة الجسمية كعلامات ظاهرة للحكم على كبر الفرد. وكذلك المعيار الوظيفي الذي يمثل مدى قدرة الفرد على القيام بوظائفه الحياتية بكفاءة ودون الاعتماد على آخرين أو الاستعانة بهم.

ازاء ما سبق، فانه يمكن تعريف الكبار بأنهم الأشخاص الذين تجاوزوا مراحل النمو والتطور والبناء والنضج في قواهم الفسيولوجية، وبعض الوظائف المعرفية، ووصلوا الى مراحل التوقف والاستقرار وبدايات الضعف والفقدان في بعض وظائف تلك الاعضاء.

كما عرفت الشيخوخة بأنها وضع نفسي/ جسمي عام يتسم بالضعف والانحدار في قوى الفرد وأبنيته المختلفة. ناجم عن تغيرات جسمية ونفسية تحدث في المراحل المتأخرة من حياة الشخص الكبير في السن. وتؤدي تلك التغيرات الى خلل يصي العمليات الحيوية الدقيقة التي يعتمد عليها ا لجسم في اعادة بناء ما يتلف منه.



أما المسنون فهم الاشخاص الذين يعيشون حياة أطول. وهم من يصلونن الى سن الشيخوخة التي قد تكون بين 70 – 74 في مجتمع معين أو مجموعة بشرية معينة في فترة زمنية معينة.

(2 – 2) الشيخوخة عبر التاريخ:

اعتقد الانسان الأول أن حياة الفرد لا نهاية لها ما لم تكن هناك عوامل خارجية تضع حدا لها مثل السحر وقوى ما وراء الطبيعة. وكان لدى الاغريق والرومان والعالم العربي كذلك اعتقاد سائد بأن الشيخوخة والموت أمور لا مفر منها. ووجد علماء الآثار شواهد في بابل ونينوى وبالملك حمورابي عام 1950 ق. م على الاهتمام بالصحة والنظافة وعقاقير طبية خاصة بعلاج شيب الشعر وضعف الابصار. وكان ينظر الى المرض والموت باعتبار اسبابهما قوى ما وراء الطبيعة.

وتحدث فلاسفة الاغريق واليونان القدماء عن الصحة والمرض والموت. فنادى ابو قراط في فهم ظروف الصحة الجسمية من الشيخوخة وأوحى بالاعتدال في الغذاء وبالتمرينات البدنية بغرض التعمير. والح الاغريق والمصريون القدماء على حب الابن لوالديه وعلى الحكمة التي يتصف بها التقدم في السن.

وأشار افلاطون الى بعض مظاهر الشيخوخة مبينا ان الانسان المتكيف في الحياة سوف يواجه مشكلات الشيخوخة بشكل معقول. وتلخصت نظرية آرسطو عن الشيخوخة في ان الكائن الحي يبدأ حياته بنوع من الحرارة الكامنة الولادية التي تتبدد في عملية الحياة ثم تختفي كلية. وبين سيشرو الذي عاش في الفترة ما بين (106 – 43 ق. م) انه يمكن مقاومة تقدم الشيخوخة بواسطة التمرينات الرياضية والغذاء والنشاط الذهني(Carson, et al., 2007).



وبين جالين في القرن الاول للميلاد الى أهمية التمرينات والتغذية والنوم ووظائف الأمعاء في الشيخوخة.

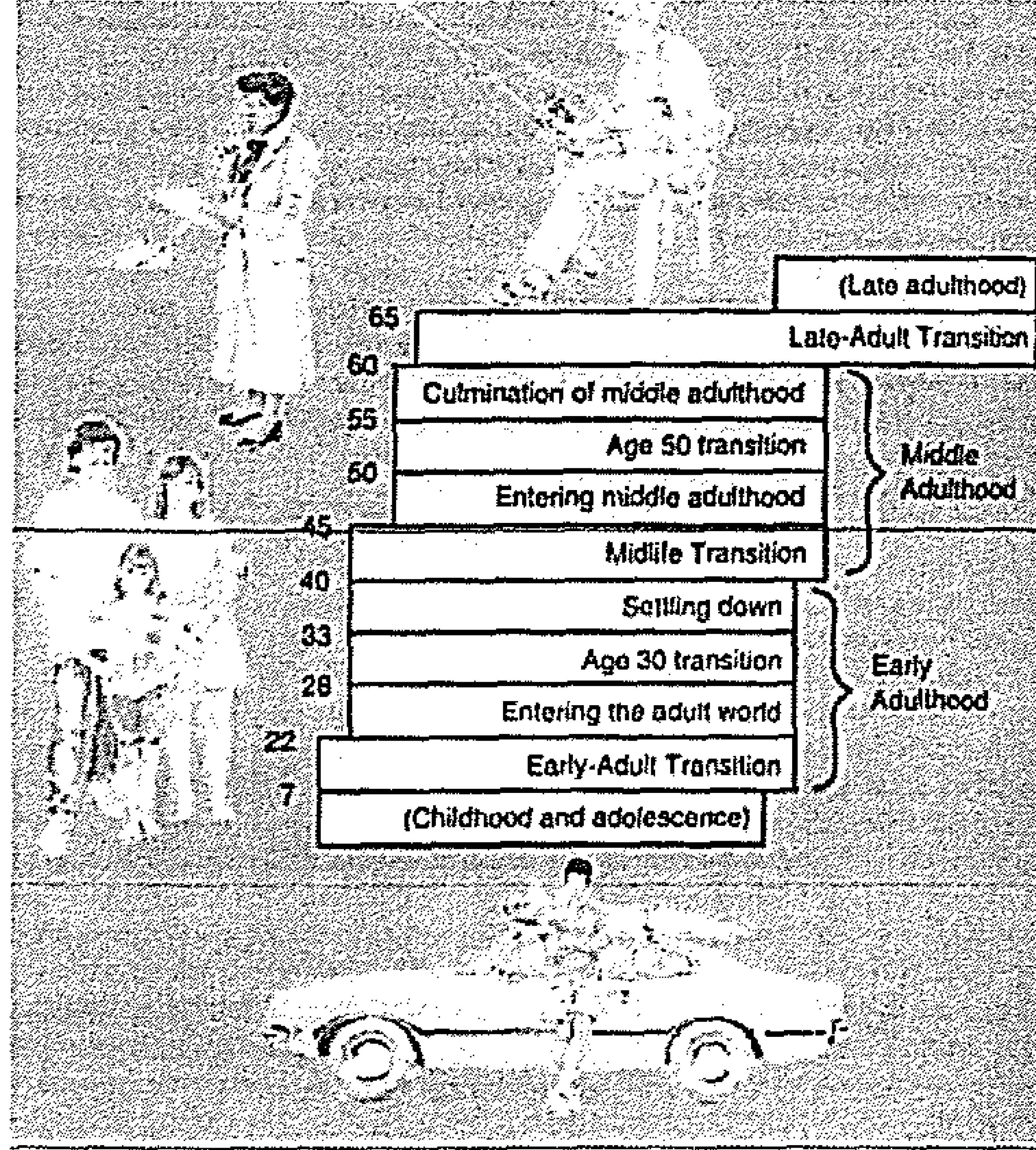
وحدد ابن سينا (980 – 1037 م) دورة حياة الانسان بما فيها الشيخوخة بمعايير الصفات التقليدية التي استخدمها جالين. وتحدث عن العلاقة ما بين الشيخوخة وعوامل مثل المناخ والغذاء وتناول السوائل وافراز البول ووظائف الامعاء.

ومع بداية عصر النهضة في القرنين الخامس عشر والسادس عشر عادت الى الضوء المفاهيم الاغريقية والرومانية المتعلقة بالرشد والشيخوخة والتي قام الاسلام بالحفاظ عليها.

وشهد عام 1635 تشريح جثة رجل يدعى توماس بار الذي عاش 153 سنة على يد وليام هارفي مما حفز العلماء على اجراء سلسلة من الدراسات التشريحية على المعمرين. ثم تقدمت البحوث الطبية بشكل متسارع في اوروبا خلال القرن التاسع عشر استجابة لتحديات جوهرية مثل الوقاية من العدوى وتحسين الاساليب الجراحية وخفض الالم. وتقدمت البحوث النفسية الخاصة بالشيخوخة بعد انتهاء الحرب العالمية الأولى في كل من بريطانيا والولايات المتحدة الامريكية. وكان للجانب البيولوجي الطبي الاهتمام الأكبر في بداية الأمر. الا ان الجوانب النفسية والاجتماعية في الشيخوخة أخذت نصيبها من الاهتمام في السنوات الأخيرة خاصة في الولايات المتحدة وبريطانيا والمانيا.

ان بداية الاهتمام العلمي بموضوع الشيخوخة لم يتجاوز بداية القرن العشرين حين ظهرت مجموعة من الدراسات التي ركزت على السمات البيولوجية والنفسية للشيخوخة. مما أدى الى ظهور العديد من الجمعيات العلمية المتخصصة في هذا المجال. ويعد كتاب هول Hall الذي ظهر عام 1922 البداية الحقيقية للدراسات البيولوجية النفسية الخاصة بالكبار. ودخول

موضوعات الشيخوخة كعلم يدرس في الجامعات ضمن عدد من التخصصات كالطب والتمريض وعلم النفس وغير ذلك من العلوم. كما أدى هذا البحث الى دراسة أثر الزمن على التغيرات البيولوجية التي تحدث للحيوانات خلال مراحل حياتهم المختلفة. ومن ثم دراسة اثر الزمن على تغير خواص الانسان البيولوجية الفيزيولوجية والنفسية الاجتماعية. كما شغلت مشكلة التكيف الاجتماعي لدى كبار السن الباحثين. فدعا بيرجز Burgess الى تكوين جمعية أمريكية للعلوم الاجتماعية تعنى بدراسة مشكلات الشيخوخة. ومدى تكيف الفرد في هذه المرحلة من حياته بالنسبة لعائلته وعمله ودخله المتناقص.



(2 – 3) دورة حياة الانسان:

تعد مرحلة الشيخوخة مرحلة النضج واكتمال الشخصية وضعفها وانحدارها. ولقد كتب الكثير عن الشيخوخة منذ بدء التاريخ حتى يومنا هذا بدءا من الاساطير القديمة والقصص الشعبية. وما كتبه الفلاسفة المصريون القدماء من ان كبر السن يعتبر اعظم مصيبة يبتلى بها انسان (Ward, 1984) ودعوة افلاطون ان يتسلم مقاليد السياسة والقيادة كبار السن. لان التربية لا تأتي ثمارها قبل سن الخمسين. ويعد سيشرون الخطيب الروماني الشهير الذي عاش في القرن الأول قبل الميلاد، أول من اهتم بالخصائص السلوكية للكبار والاعمال المناسبة لهم.

تعتبر دورة حياة الانسان سلسلة معقدة من الأحداث تبدأ منذ الاخصاب حتى الوفاة. وتنقسم دورة حياة الانسان الى مرحلتين رئيسيتين هما (Kosslyn & Rosenberg, 2004):

- مرحلة النمو والتطور Development.
- مرحلة الشيخوخة Aging.

وتختلف كل مرحلة عن الاخرى من حيث ان المرحلة الاولى تتسم بزيادة في الشكل والحجم والوظيفة. وتكون متوازنة بشكل عام مع العمر. بينما تتسم المرحلة الثانية بالميل نحو اعادة تنظيم وتدهور للوظائف والابنية الجسمية لدى الانسان. والمرحلتان الأولى والثانية

تنقسمان بدورهما الى ثماني مراحل عمرية مختلفة يوضحها كميل (Kimmel, 1982) بالشكل رقم (7 – 1)

وتشير الشيخوخة بشكل عام الى الانخفاض التدريجي في مستوى الاداء الوظيفي لدى الكائن العضوي بحيث يعتبره عدد من الباحثين سن الستين بداية النهاية للكائن الانساني. مما حدا ببياجيه الى اطلاق مرحلة التقاعد والراحة على هذه السن. (Birren, Renner.,1994).

1	الولادة (بداية الحياة)	00
2	بداية المدرسة	6
3	سن البلوغ (الحلم)	12
4	سن الرشد (بداية المهنة والزواج)	18
5	الأبوة/ الأمومة	20
6	وفاة الوالدين (سن اليأس: وانقطاع الطمث عند المراة بين سن 45 – ، الجدود)	48
7	سن التقاعد	65
8	الموت	00

دورة حياة الانسان

شكل رقم: (7 – 1) دورة حياة الانسان

(2 – 4) اهمية دراسة كبار السن:

ان نسبة الكبار تزداد سنة بعد أخرى. ولهذه الزيادة أثرها في اهتمام العلم الحديث بدراسة الصفات الرئيسية للكبار. خاصة ما يتعلق منها بالمظاهر الجسمية الحسية والعقلية المعرفية والانفعالية العاطفية والاجتماعية. فارتفاع مستوى الوقاية الصحية التي تهدف الى منع انتشار الامراض والأوبئة. وارتفاع الصحة البنائية التي تهدف الى تحقيق النواحي الغذائية والبيولوجية لبناء مجتمع سليم وافراد اقوياء وارتفاع مستوى الصحة العلاجية التي تهدف الى تزويد الفرد والمجتمع بالدواء المناسب لكل الأمراض المعروفة. وارتفاع مستوى الصحة النفسية التي تهدف الى تحقيق التكامل الصحيح لشخصية الفرد وتيسير أسباب راحته النفسية التي تحول بين الفرد وبين الامراض العصبية المختلفة. وزيادة النسل عاما بعد آخر نتيجة للعوامل السابقة. كل ذلك يؤدي الى زيادة تعداد كبار السن في المجتمع الانساني (Berstein, Penner, Clarke, Stewart & Roy, 2006).

بالاضافة الى ان المجتمع الذي نعيش فيه قادته من الكبار. وهم الذين يوجهون سياسة الدولة ومشروعاتها الاقتصادية وتطورها الاجتماعي. وأن اكتشاف علم النفس والعلوم الأخرى

المتصلة به. لأهم الخواص الرئيسية للطفولة الانسانية. وسن البلوغ والمراهقة. والاستمرار في دراسة النمو الانساني من بدء الحياة حتى نهايتها. ومرحلة الشيخوخة تعد مظهرا من مظاهر التطور النفسي للفرد في نضجه واكتمال شخصيته وفي شيخوخته وضعفه.

وتعد الثروة البشرية هي اهم انواع الثروات الموجودة في أي دولة في العالم. والدراسة العلمية لنفسية الكبار تهدف اساسا الى معرفة الامكانات البشرية والطاقات الكامنة لتوجيهها لخير المجتمع وخير النوع الانساني كله.

وأن ارتفاع نسبة الأمية في العالم يحول بين الفرد وبين الافادة من قواه وامكانياته الخصبة. والدراسة العلمية لنفسية الكبار تكشف الطرق الصحيحة لتعليم هؤلاء الأميين. من افراد المجتمع. ونحن لا نستطيع ان نعلم هؤلاء الافراد دون معرفة الخواص المختلفة لهؤلاء وامكانياتهم ودوافعهم وميولهم واهدافهم واستعداداتهم وقدراتهم. (السيد، 2003).

وقد لخص الزبيدي (2008) أهمية دراسة الشيخوخة بالنقاط التالية:

1. معرفة المبادئ والقوانين البيولوجية والفسيولوجية المنظمة لعملية الكبر والشيخوخة ومدى امكانية التدخل فيها وتعديل تأثيرها ايجابيا لصالح تطور الجنس البشري وزيادة كفاءة أدائه لوظائفه الحياتية في مراحل الكبر والشيخوخة.
2. معرفة العوامل البيولوجية والثقافية والبيئية والنفسية المؤثرة في حياة الناس الكبار بالسن والكيفية التي تؤثر فيها مما يزيد من قدرتنا على التعامل معها لتيسير عمل العوامل الايجابية منها وتحييد أو ابعاد التاثيرات السلبية.
3. الاطلاع على الدراسات المقارنة عبر الاعمار والثقافة والأجيال لايضاح أثر البيئة والثقافة والعرق والتاريخ التطوري للجنس البشري في عملية الكبر
4. تحديد توقعاتنا لما سيكون عليه كبار السن من قدرات وحسن تحديد الادوار المتوقعة منهم في المجتمع أو التي يضعونها لأنفسهم لكي تكون التوقعات موضوعية فلا نحرمهم من أدوار قادرين على القيام بها أو تحملهم مسؤوليات لا تناسب مراحلهم العمرية وأوضاعهم الصحية.
5. عدم الخلط بين مفهوم كبر السن ومفهوم الشيخوخة. فمفهوم كبر السن يشير الى الزيادة او التقدم في العمر. ومفهوم الشيخوخة يعني ظهور التغيرات أو الأعراض البيولوجية وبعض الأمراض المزمنة التي تصاحب كبر السن.
6. التعرف على الفروق بين عمليتي الكبر الطبيعي مقابل عملية الهدم والضعف والعجز وفقدان الوظيفة الناجمة عن المرض عند كبار السن.

7. فهم الأطر النظرية والنظريات والنماذج الاجتماعية والبيولوجية والنفسية التي تصف وتفسر ماذا يعني الكبر وما تعنيه الشيخوخة.
8. ايضاح الخصائص العامة المشتركة المميزة لكبار السن جميع الجوانب الجسمية والمعرفية والانفعالية والنفسية والاجتماعية.
9. إظهار الفروق الفردية بين الكبار التي تتأثر بنمط الحياة والوراثة والجنس وظروف العمل والحاجات واساليب الرعاية المتوفرة.

(2 – 5) الأطر النظرية لتحديد المراحل العمرية للنمو والكبر:

1) النظريات التي اهتمت بالتطورات النمائية الدينامية:

فقد حدد فرويد نظاما مكونا من ثلاث مراحل للتطور النفسي. وكل مرحلة تتحقق فيها احدى المنظومات الثلاث (Stephen &Rosenberg, 2004)

1. تتكون الهو في المرحلة الأولى من حياة الفرد في سنته الاولى من الحياة. حيث يتركز نشاطه فيها على اشبباع حاجاته الأساسية الغريزية ذات الاساس البيولوجي دون وعي أو مراعاة لوجود الآخرين.
2. وفي العام الثاني من العمر تظهر المنظومة الثانية وهي الأنا التي تنبثق من التطور خلال العام الثاني من عمر الطفل وتستمر تكاملها حتى عمر اربع سنوات ونصف تقريبا. حيث يبدأ وعي الطفل بذاته وبالاخرين. وما يشكلون من ظروف مانعة أو ميسرة لاشباع حاجاته وما يتطلبه من ارجاع الاشباع لبعض الحاجات مؤقتا أو كبتها حين لا تسمح الظروف الاجتماعية القائمة وسلطة الكبار.
3. وفي المرحلة الاخيرة للتطور يظهر البناء الثالث للنفس وهي الانا العليا في السنة الخامسة من عمر الطفل. وفيها يتكون الضمير الذي يمثل قيم وعادات وقوانين الكبار وسلطة المجتمع.

وتحدث فرويد عن التطور الجنسي للفرد وحدد فيها مواضع معينة من الجسم لتمثل مواقع الإثارة الجنسية لديه. وتختلف هذه المواضيع باختلاف العمر. ومراحل التطور الجنسي هي (Peterson, 2005):

1. المرحلة الفمية: من الميلاد وحتى نهاية العام الاول من العمر.
2. المرحلة الشرجية: بين 2 – 3 سنوات من العمر.
3. المرحلة القضيبية: بين 3 – 6 سنوات من العمر.
4. مرحلة الكمون: بين 6 – 11 سنة تقريبا.
5. المرحلة التناسلية: تبدأ من عمر 12 سنة وحتى نهاية العمر.

ووضع بياجية (Sterberg, 2004)أربعة مراحل عليا نهائية للتطور العقلي هيالمرحلة الحسية الحركية: وتبدأ من الولادة وحتى عمر سنتين:

1. مرحلة ما قبل العمليات العقلية (الحدسية والرمزية) بين 2 – 6 سنوات.
2. مرحلة العمليات العقلية الملموسة: بين 6 – 12 سنة.
3. مرحلة العمليات العقلية المجردة (المنطقية النظامية) 12 سنة فأكثر.

وتحدث كولبرج (Stephen, et al, 2004)عن مراحل التطور الخلقي للفرد واشار الى ستة مراحل هي:

1. مرحلة استشراف الطاعة وتجنب العقوبة: وهي أدنى مرحلة للتطور الخلقي وتسود بين الاطفال الأصغر سنا.
2. مرحلة النفعية البدائية: وتقع هذه المرحلة ضمن المستوى الاول (مستوى ما قبل العرف الاجتماعي).
3. مرحلة الولد الجيد والفتاة الطيبة: وتمثل هذه المرحلة أولى مرحلتي المستوى الثاني للتطور الخلقي (مستوى العرف الاجتماعي). حيث يهتم الطفل في أن يكون مستقيما مع الذات وراضيا عما يفعل.
4. مرحلة الحفاظ على النظام والقانون: وفيها ينتقل اهتمام الشخص الى النظام الاجتماعي والمبادئ التي تنظم العلاقات والمعاملات وبذلك يصبح النظام شيئا مقدسا لديه.
5. مرحلة التعاقد الاجتماعي: ويكونن فيها الطفل اكثر تحررا من مركزية الذات ويرى في هذه المرحلة أن أهم شروط العدالة والتغلب على المشكلات هو مبدأ التوافق الاجتماعي.
6. مرحلة المبادئ الانسانية العليا وتكوين الضمير: وهي المرحلة الأخلاقية العليا للتطور الخلقي في منظور.

2) النظريات التي وضعت مراحل لتطور الشخصية:

قدم يونج وصفا لتطور شخصية الانسان في أربع مراحل هي (Stephen, et al.; 2004):

1. مرحلة الطفولة (وتقع بين الولادة وحتى سن 12).
2. مراحل الشباب وتمتد من 12 – 40 سنة.
3. مرحلة النضج وتمتد من 40 – 65 سنة.
4. مرحلة الشيخوخة وتمتد من 65 سنة وحتى الموت.

حدد اريكسون ثماني مراحل لتطور الشخصية هي(Rohwer, et al.; 2006):

1. مرحلة الثقة مقابل عدم الثقة خلال السنة الأولى من عمر الطفل.
2. مرحلة الاستقلال الذاتي مقابل الشك والخجل بين عمر 2 – 3 سنوات.
3. مرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب بين عمر 3 – سنوات.
4. مرحلة الانتاجية مقابل الشعور بالدونية بين عمر 6 – 12 سنة.
5. مرحلة تحقيق الهوية مقابل ضياع التوجه بين عمر 12 – 20 سنة.
6. مرحلة الالفة والحب مقابل الشعور بالعزلة بين عمر 20 – 30 سنة.
7. مرحلة التوليدية والانتاجية مقابل التوقف أو الانقطاع بين عمر 35 – 50 سنة.
8. مرحلة تكوين الشعور بالكمال والكرامة مقابل الشعور باليأس بين عمر 60 سنة وحتى آخر العمر.

وحدد بوهلر خمس مراحل أساسية في حياة الانسان هي(Wade & Tavris, 2003):

1. الولادة وحتى 15 سنة وفيها يتحقق التقدم البيولوجي ولكن تكون الاهتمامات ضيقة واهتمام لدور الاسرة والمدرسة
2. بين 16 وحتى 27 سنة حيث يستمر النمو البيولوجي والنضج الجنسي واتساع مدى الأنشطة وتتطور قدرة الفرد على تحديد مصيره وتزداد استقلاليته فيدخل في أنشطة مستقلة وعلاقات شخصية
3. بين 28 – 47 سنة وفيها يمر الفرد في حالة استقرار بيولوجي وبلوغ الذروة في تطوره. وهي المرحلة الأكثر أهمية في صعيد العمل المهني والابداع في العمل.
4. بين 48 – 62 وفي هذه المرحلة يحدث فقدان القدرة على الانتاجية وانخفاض في قدرات الفرد وأنشطته في مختلف المجالات الاقتصادية والاسرية والشخصية. وقد سماها بوهلر بفترة التأمل الذاتي لمرحلة الحياة.
5. من 63 فأعلى: وهي مرحلة الانحدار البيولوجي وتزايد الاصابة بالأمراض والتعرض الى التقاعد من العمل ونقص في العلاقات الاجتماعية.

وحدد بروملي ست عشرة مرحلة لمراحل حياة الانسان بدءا من الخلق وحتى الممات. خصص منها سبع مراحل للكبر والشيخوخة هي (Cavanaugh, 1997):

1. المرحلة المبكرة من الكبر (21 – 25 سنة).
2. المرحلة المتوسطة من الكبر (25 – 40 سنة).



3. المرحلة المتأخرة من الكبر (40 – 60 سنة).
4. مرحلة ما قبل التقاعد (60 – 65 سنة)
5. مرحلة التقاعد (65 سنة فما فوق).
6. مرحلة الشيخوخة (70 سنة فما فوق).
7. مرحلة الهرم (المرض النهائي فالموت).

وقدم هافجهيرست نموذجا لمراحل تطور الانسان ومهمات مدى الحياة مستندا في ذلك على مفهوم المهمات والمتطلبات التطورية. تم توزيعها في ست مراحل تطورية لكل مرحلة مهماتها التطورية الخاصة بها وهي (الزبيدي، 2008: 120).

المرحلة	العمر	المهمات أو المتطلبات الخاصة بالمرحلة
الطفولة المبكرة	من الولادة – 5 سنوات	تعلم المشي، وتناول الأطعمة الصلبة، وتعلم الكلام، والتحكم في طرح العضلات، تعلم الفروق الجنسية والاتزان الجنسي، تحقيق التوازن الفسيولوجي، تكوين مفاهيم بسيطة للواقع المادي والاجتماعي، عدم الارتباط العاطفي بالوالدين، والاخوة والناس الآخرين، تعلم التمييز بين الصواب والخطأ ونمو الضمير.
الطفولة المتوسطة	6 – 12 سنة	تعلم المهارات الجسمية الضرورية للألعاب الاعتيادية. تكوين الاتجاهات السليمة نحو الذات باعتبارها كائنا حيا يتطور، تعلم التوافق مع الأقران، تعلم الدور المناسب لجنسه، تطوير المهارات الأساسية في القراءة والكتابة والحساب. تطير المفاهيم الضرورية للحياة اليومية، تطوير الضمير والأخلاق ومعايير القيم، تنمية الاتجاهات نحو المجموعات والمؤسسات الاجتماعية.

المرحلة	العمر	المهمات أو المتطلبات الخاصة بالمرحلة
المراهقة	13/12 – 18 سنة	قبول القوام الجسمي والدور الجنسي، تطوير علاقات جديدة مع الأقران من الجنسين والاستقلال العاطفي عن الوالدين والكبار الآخرين. ضمان الاستقلال الاقتصادي، اختيار مهنة والاستعداد لها. تطوير المهارات العقلية والمفاهيم المدنية الضرورية. الرغبة في المسؤولية الاجتماعية وتحقيقها. الاستعداد للزواج والحياة الأسرية. بناء القيم المنسجمة مع الصور العلمية للعالم.
الكبر المبكر	18 – 35 سنة	اختيار شريك للحياة. تعلم العيش مع الزوج، الزوجة، البدء في تكوين الأسرة. تربية الأطفال. ادارة البيت، البدء في مهنة، تولي مسؤولية مدنية. ايجاد مجموعة اجتماعية يتجانس معها.
وسط العمر	35 – 60 سنة	انجاز مسؤولية الكبير المدنية والاجتماعية. ترسيخ مستوى اقتصادي للعيش والحفاظ عليه. مساعدة الصبية ليصبحوا كبارا مسؤولين وسعيدين. تطوير أنشطة لأوقات فراغ الكبير. الارتباط بالزوجة أو الزوج كشخص. تعلم قبول التغيرات الفسيولوجية الخاصة بمنتصف العمر والتوافق معها. التوافق مع الوالدين المسنين.
الحياة المتأخرة	60 سنة فأعلى	التوافق مع القوة البدنية المتناقصة. التوافق مع التقاعد والدخل المتناقص. التوافق مع موت أحد الزوجين. ترسيخ انتماء واضح للمجموعة العمرية للفرد. الوفاء بالالتزامات الاجتماعية والمدنية. ترسيخ متطلبات عيش مادية مرضية.

(2 – 6) مبادئ الأمم المتحدة بحقوق كبار السن:

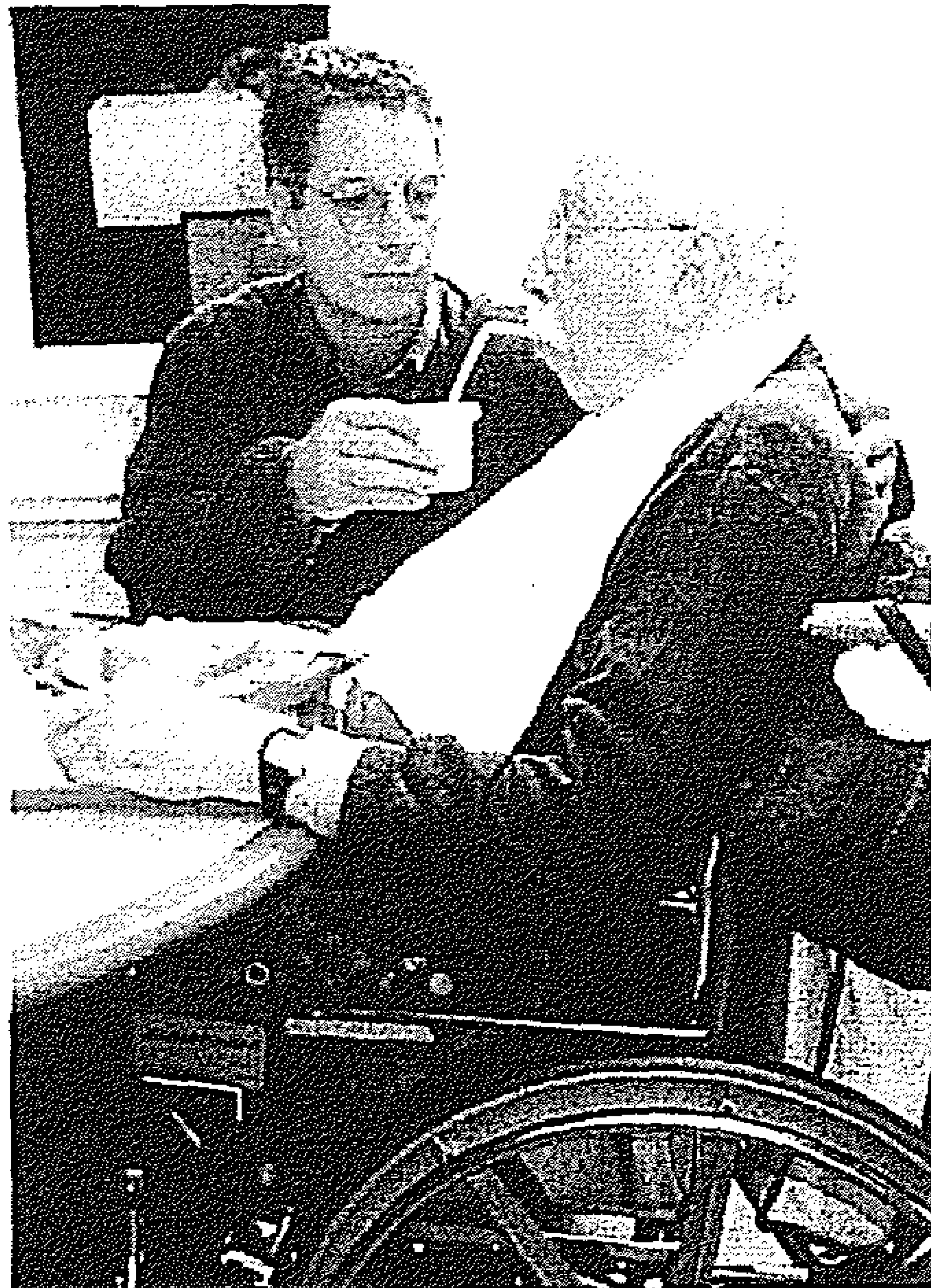
اصدرت الأمم المتحدة المبادئ العامة لحقوق كبار السن في عام 1991 تضمنت شروط ومتطلبات تحقيقها وهي:

1) مبدأ الاستقلالية:



وحتى يتحقق مبدأ الاستقلالية لكبار السن. فانه ينبغي ان تتاح لهم امكانية الحصول على ما يكفي من الغذاء والماء والمأوى والملبس والرعاية الصحية وأن يوفر لهم مصدرا للدخل ودعم أسرى ومجتمعي ووسائل العون الذاتي. و أن تتاح لهم فرصة العمل أو فرص أخرى مدرة للدخل. والاستفادة من برامج التعليم والتدريب الملائمة. والعيش في بيئات مأمونة وقابلة للتكيف بما يلائم ما يفضلونه شخصيا وقدراتهم المتغيرة. وتمكينهم من مواصلة الاقامة في منازلهم لأطول فترة ممكنة.

2) مبدأ المشاركة:



وحتى يتمكن كبار السن من المشاركة، فانه ينبغي أن يظل كبار السن مندمجين في المجتمع، ويشاركوا في صياغة وتنفيذ السياسات التي تؤثر مباشرة في تحقيق الرفاهية لهم وان يقدموا للأجيال الشابة مهاراتهم وامعارفهم. وتمكينهم من تهيئة فرص خدمة المجتمع المحلي والعمل كمتطوعين في اعمال تتناسب واهتمامتهم وقدراتهم

3) مبدأ الرعاية:

وحتى يكون حق الرعاية مضمونا لكبار السن فانه ينبغي الاستفادة من رعاية وحماية

الاسرة والمجتمع المحلي وفقا لنظام القيم الثقافية في كل مجتمع، وان تتاح لهم امكانية الحصول على الرعاية الصحية ومساعدتهم في الحفاظ على المستوى الامثل من السلامة الجسمية والذهنية والعاطفية. والحصول على الخدمات الاجتماعية والقانونية. وتعزيز استقلاليتهم وحمايتهم ورعايتهم وتأمين الحماية والتأهيل والحفز الاجتماعي ضمن بيئة انسانية آمنة. والتمتع بحقوق الانسان والحريات الأساسية عند اقامتهم في أي مأوى أو مرفق للرعاية والعلاج.

4) مبدأ تحقيق الذات:

وحتى يحقق كبار السن ذواتهم فانه ينبغي تمكينهم من التماس فرص التنمية الكاملة لامكاناتهم والاستفادة من موارد المجتمع التعليمية والثقافية والروحية والترويحية.

5) مبدأ الكرامة:

ولأجل ان يشعر كبار السن بالكرامة الانسانية فانه ينبغي تمكينهم من العيش في كنف الكرامة والأمن ومعاملتهم معاملة منصفة بصرف النظر عن عمرهم أو جنسهم أو خلفيتهم العرقية أو الاثنية أو كونهم معاقين. ودون خضوعهم لأي استغلال أو سوء معاملة جسدية أو ذهنية.

ثالثاً: التغيرات البيولوجية التي تطرأ على المسن:

(3 – 1) المبادئ العامة للتغير في مراحل الكبر:

تحدث الباحثون عن المبادئ العامة لمراحل كبار السن وفرقوا بين التغير المتسارع في مرحلتي الطفولة المبكرة ومرحلة المراهقة. وان التغيرات التي تحدث بعد وصول الفرد الى مرحلة النضج تتمايز عن التطور في المراحل المبكرة للكائن. وان هذا التمايز يتمثل في الآتي (Belsky, 1999):

1. ان معدل التغير في مرحلة الكبار يكون بطيئا ويتمايز عبر جميع مجالات الوظائف البشرية من بيولوجية ومعرفية واجتماعية ولا يكونن بنفس الطريقة عند جميع الافراد.
2. ان هناك تمايزا واضحا بين مراحل النمو الانساني المختلفة خاصة في حالات الاصابة بالمرض. فبينما تزداد صدف الاصابة بالأمراض بين كبار السن مقارنة بالأشخاص الأصغر سنامع تباين بين الأشخاص في المرحلة العمرية الواحدة. فليس جميع كبار السن يصابون بالمرض. وانما هناك فروقا بين كبار السن في مدى اصابتهم بالأمراض المختلفة.
3. هناك ثبات نسبي يمكن توقعه عبر سنوات الرشد من حيث الاداء الوظيفي. وان عملية التغير تكون تدريجية.
4. هناك انحدار تدريجي او تراجع بسبب الأمراض التي ترتبط بالعمر يمكن توقعه.

5. ان اي تغير عاجل وشديد وبداياته سريعة وحادة ترتبط بمرض طارئ بدلا من كونها تغيرا مرتبطا بالكبر.
6. يميل الفرد نحو تعويض طبيعي عما يفقده لكي يحتفظ بالوظيفة الضرورية لبقائه.

(3 – 2) النظريات البيولوجية لكبار السن:

1) نظريات البرمجة/ الوراثية:

تعددت الدراسات والبحوث التي تناولت الشيخوخة حيث عرض فنش Finch (Gibson, 2005): نظرية البلى والتمزق في الشيخوخة The wear and tear theory of senescence افترض فيها ان الجسد كالآلة. تعمل حتى انتهاء الزمن المخصص لها فتبلى. واشار الى ان جميع الاعضاء في الجسد الواحد ليست موضوعة للبلى والتمزق في الوقت ذاته. كيف لا وأن اعضاء الجسد تشيخ بنسب متفاوتة من فرد لآخر. وترى هذه النظرية ان الحمض النووي يتهرأ وتضعف فاعليته تدريجيا في كل مرة تنقسم فيها الخلية وتتضاعف. وبذلك تصبح الخلية قاصرة عن التجديد وتصل الى مرحلة الهرم.

1. النظرية الهرمونية في الشيخوخة:

تشير النظرية الهرمونية في الشيخوخة The hormone theory senescence: (Gibson, 2005) الى ان الهرمونات تؤثر بشكل اساسي وفاعل على عمل الفرد. فهي قد تزيد من عمره. كما قد تنقص منه من خلال نقص القدرة على انتاج هذه الهرمونات. مما حدا ببريهودا Prehoda الى تقديم تقارير أشارت الى امكانية استخدام أنماط مختلفة من العلاجات الهرمونية المساعدة في تخفيف بعض أمراض الشيخوخة بالرغم من عدم قدرة الباحثين على عزل اصناف الهرمونات ذات العلاقة بالشيخوخة بشكل مباشر.

2. النظرية الكولاجينية في الشيخوخة:

اقترحت النظرية الكولاجينية في الشيخوخة The Collagen theory senescence: (Gibson, 2005) أنه اذا قدر للباحثين التحكم بمادة الكولاجين Collagen وهي مادة بروتينية توجد في النسيج وتساعد على توصيل الانسجة وتحتفظ ببقائها في الجسم. يحقق زيادة في تماسك الانسجة مع التقدم في العمر. هذا التماسك الذي يقلل من عمليات ابتلاع المواد المغذية في الجسم. ويفجر بالتالي، الطاقة الانتاجية المهملة لتحقق ازديادا لعمليات الشيخوخة في الجسم.

3. نظرية المناعة الذاتية في الشيخوخة:

تفترض نظرية المناعة الذاتية في الشيخوخة The Outoimunity theory of senescence: (Gibson, 2005) ان الزيادة في العمر تجلب زيادة في التحولات والتغيرات الرئيسية الهامة في انقسام الخلية Coll division الى القيام بدراسات مستفيضة ضمنها تقريره الذي اشار فيه الى التوقع في زيادة فترة حياة الفرد اذا تمكن الباحثون من تخفيف حدة استجابة المناعة الذاتية لهذه المتغيرات.

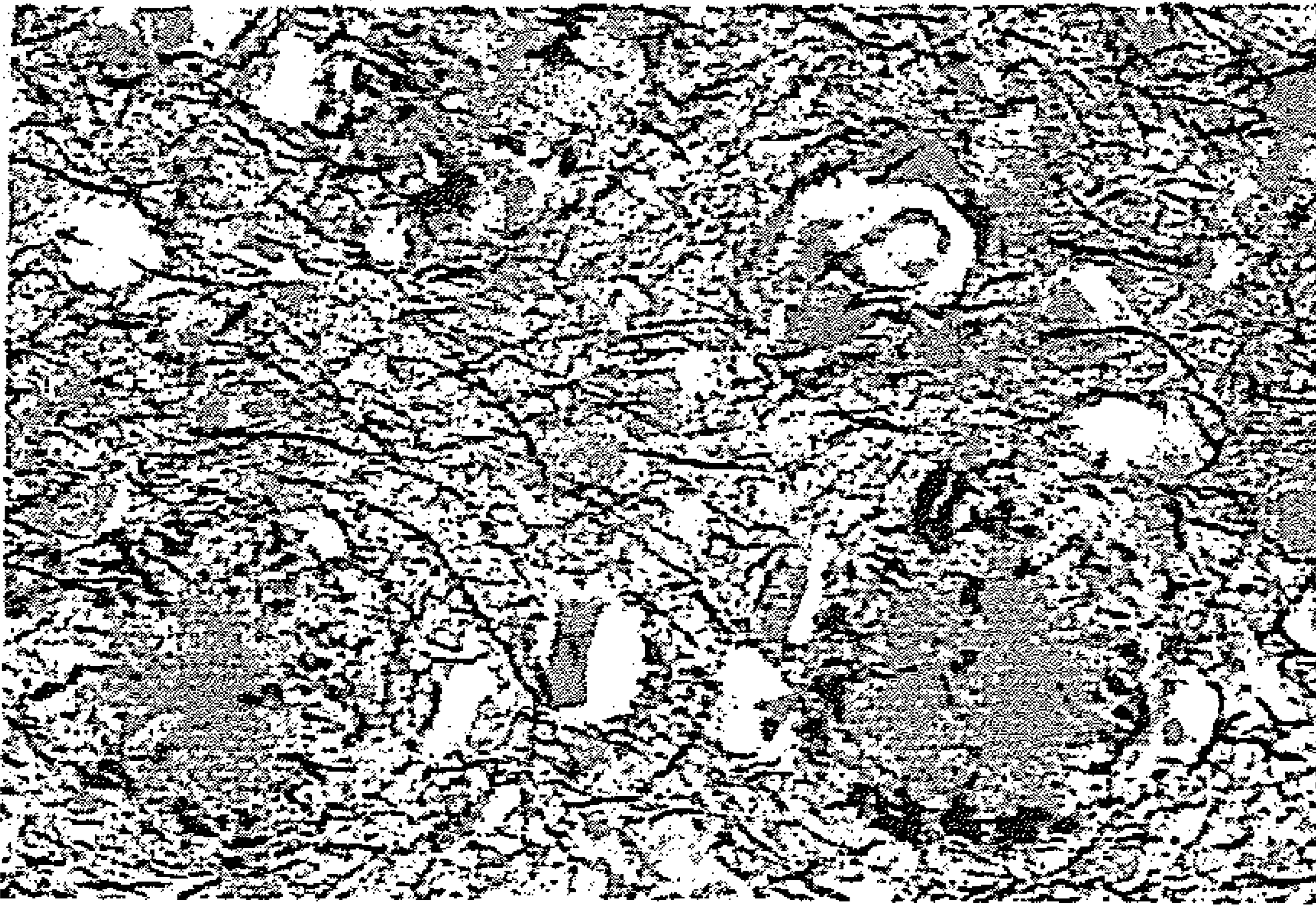
4. نظرية تأثير عمل المورثات في انقسام الخلية وعملية الابدال والتعويض:

تصف نظرية تأثير عمل المورثات في انقسام الخلية وعملية الابدال والتعويض التي تسبب التغيير المنتظم عبر مسار حياة الفرد. وان معدل العمر الذي يتوقع ان يعيشه الانسان حاليا هو حوالي (75) سنة. الا الهبة الوراثية لكل فرد ستساهم بصورة اساسية في الصدف او الفرص المتاحة له في تحقيق هذا التوقع. وتحدث شنايدر (Schneider& Welkowitz, 1996) عن وجود حوالي (200) مورث تؤثر بصورة دقيقة وحددة في عملية الكبر. ويمكن تمييز الكبر المبرمج وراثيا بوضوح عبر تغيرات عديدة ظاهرة عند البشر من خلال ظهور الشيب في الشعر والدورة التناسلية عند الاناث في بداية الطمث وحتى انقطاع الدورة في سن اليأس. والانحدار في وظيفة جهاز المناعة بعد عمر (20) سنة. كما اشارت نتائج الدراسات التي اجراها شنايدر الى امكانية السيطرة على عمل بعض المورثات التي تعجل في ظهور الشيخوخة وكبح نشاطها من جانب وتحفيز مورثات أخرى مقاومة لأمراض الشيخوخة من جانب آخر. حيث تمكن فريق من العلماء في جامعة الينوي الامريكية من تحديد الجين المسؤول عن اصابة الانسان بأمراض الشيخوخة مثل مرض الزهايمر وامراض القلب، وارتفاع الضغط والسرطانات والتجلطات الدماغية.

5. نظرية الارهاق والاهتراء والقصور:

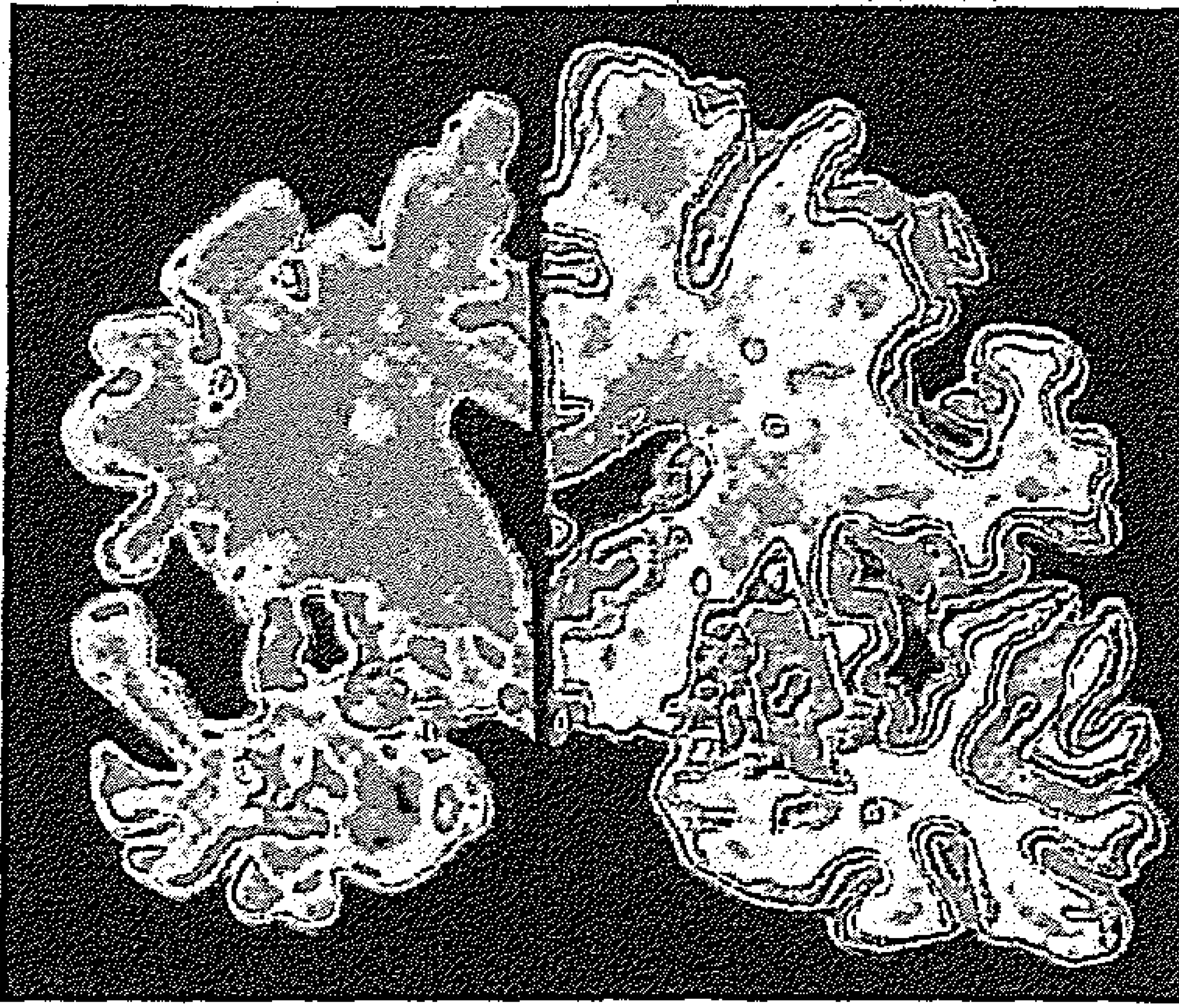
عرض فنش Finch: نظرية الارهاق والاهتراء والقصور في الشيخوخة The wear and tear theory of senescence افترض فيها ان الجسد كالآلة. تعمل حتى انتهاء الزمن المخصص لها فتبلى. واشار الى ان جميع الاعضاء في الجسد الواحد ليست موضوعة للبلى والتمزق في الوقت ذاته. وأن اعضاء الجسد تشيخ بنسب متفاوتة من فرد لآخر (Atchley, 2005). وان الحمض النووي يتهرأ وتضعف فاعليته تدريجيا في كل مرة تنقسم فيها الخلية وتتضاعف. وتصبح الخلية بعد ذلك قاصرة عن التجديد وتصل الى مرحلة الهرم (Schneider & Welkowitz, 1996).

2) النظريات التراكمية المتجمعة Stochastic theories:



اشار الزبيدي (2009) الى عدد من النظريات التي تصف تأثير الهجومات العشوائية على الجسم وعوامل الصدفة من خلال قوى خارجية متجمعة في البيئة. كالسموم مثلا.

1. النظرية الأيضية Metabolic theory:



تحدثت النظرية الأيضية Metabolic theory الى ان نسبة التأيض ترتبط بطول العمر بصورة مباشرة. وان الأيض العالي يرتبط بحياة اقصر في حين يرتبط انخفاض التأيض بحياة أطول.

2. نظرية الذرات الدقيقة الحرة Free Radical theory:

تصف نظرية الذرات الدقيقة الحرة Free Radical theory التغيرات التي تحدث في وظيفة الخلية نتيجة الضمور الذي تسببه هجومات من عوامل داخلية او عوامل خارجية. وان اجزاء من الجزيئات التي لها اما الكترونا زائدا او مفقودا تقوم بمهاجمة الخلايا وان تلك الذرات تكونها وظائف خلوية طبيعية مثل عملية الاكسدة التي هي احدى عمليات الايض الكيميائي بهدف استخدام الاكسجين فتؤدي الى توليد كميات زائدة من الاكسجين النشط او مركبات فوق الاكسجين والهيدروجين وثاني اكسيد الكربون. وقد تكون تلك التغيرات نتيجة لعوامل بيئية خارجية مثل السموم المتراكمة من التدخين والملوثات لمياه الشرب غير النقية والكيميائيات الاضافية في الطعام.

3. نظرية تراكم الجزيئات عبر الترابطات

Theory of cross – linkage accumulation:



افترضت نظرية تراكم الجزيئات عبر الترابطات Theory of cross – linkage accumulation بأنه بينما ينمو الانسان اكبر فان عددا متزايدا من جزيئات الخلية تربط نفسها مع جزيئات أخرى لتشكل ترابطات متقاطعة مثل تلك التي تسببت بواسطة الذرات الحرة. وان التراكم عبر هذه الترابطات يسبب الكبر للانسان حيث تصبح قدرة الخلايا على الاصلاح ضعيفة وتفقد تلك الخلايا لوظيفتها مما يجعل الترابطات في الانسجة الرابطة بالجسم اكثر تصلبا واقل مطاطية. فيحدث التجعد في الجلد وفقدان وظائف جسمية أخرى مثل حركة الرئة في التنفس والاوعية الدموية وعدسة العين(Belsky, 1999).

(3 – 3) التغيرات البيولوجية المصاحبة للكبر:

1) الجهاز العظمي والهيكلي:

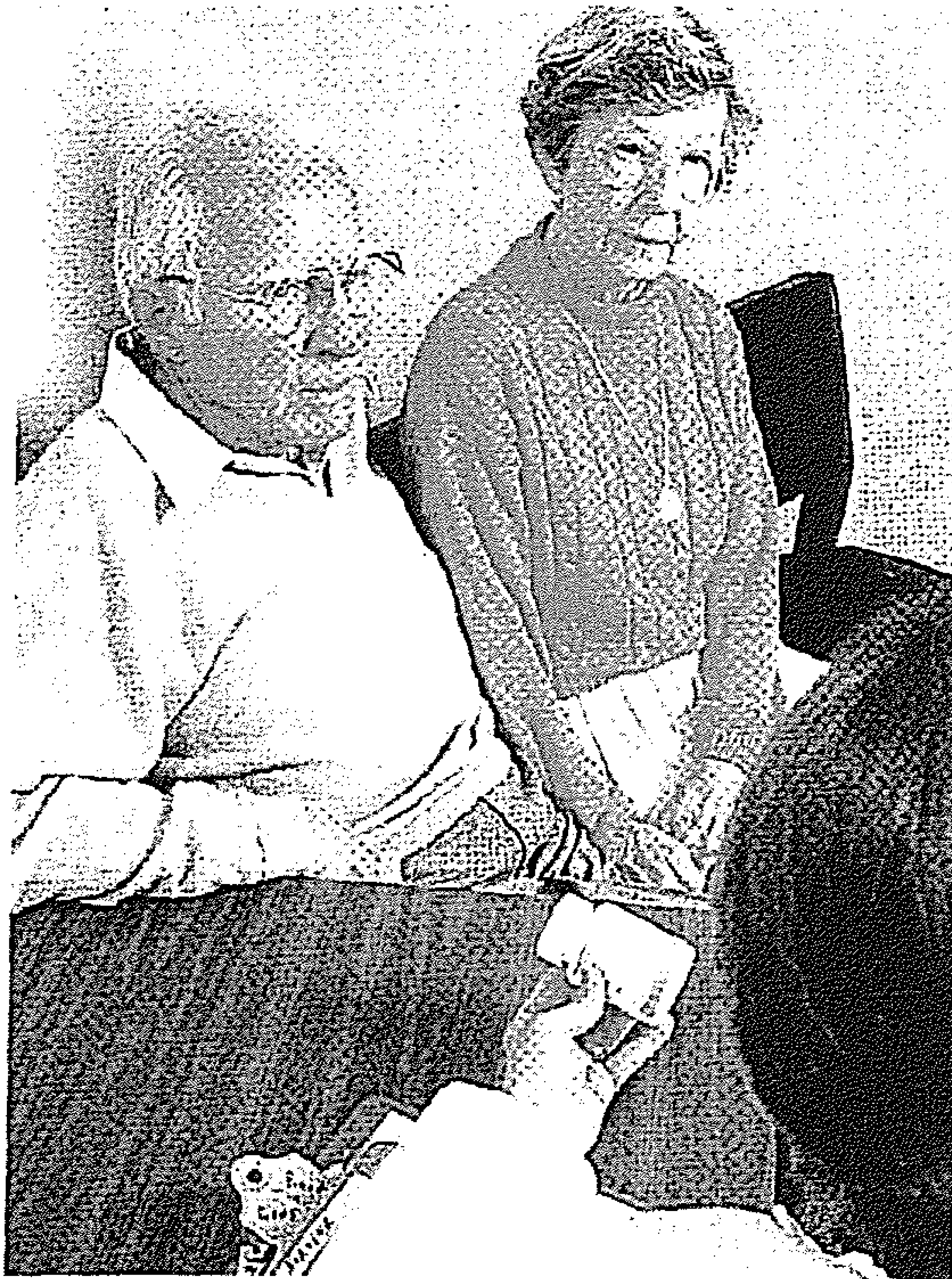
بعد وصول الانسان الى مرحلة الرشد أو اوائل سن العشرين. فانه لا يحدث تغير يذكر في طول عظام الانسان. بالرغم من حدوث قدر من النقص الضئيل في القامة الكلية نتيجة ضمور الغضاريف بين الفقرات الشوكية. والذي يمكن ان يحدث تحدبا او انحناءا الى الامام مع العمر. بسبب ضعف عضلي وضمور في الجهاز العصبي المركزي لدى بعض الافراد. كما قد يحدث ارتخاء في الجسم خلال مرحلة الرشد مما يحدث تغيرا في التركيب الكيميائي للعظام. وتصبح العظام أقل كثافة. مما يزيد من مخاطر حدوث الكسور خاصة في السنوات المتقدمة من العمر. واذا ما حدث قصور في التغذية لدى الفرد او اصيب بأمراض معينة. فان حركات المفاصل تصبح اكثر صعوبة وخطورة كما يتزايد معدل حدوث الأمراض التي تصيب المفاصل مع التقدم في العمر. ولا تنسى ما يصيب الاسنان من تلف مع التقدم في العمر. بحيث ينتهي الامر الى فقدان لها. وتشير الدراسات في هذا السياق الى وجود ارتباط ما بين كل من تأثير التقدم في العمر وتأثير النظام الغذائي الذي يتبعه الفرد، وتأثير الاهتمام بصحة الاسنان وسلامتها واصلاح ما يطرأ

عليها من تلف. بالاضافة الى شعور الفرد واحساسه بالتقدم في العمر نتيجة ذلك (Papalia, Sterns, Feldman,& Camp, 2002).

2) الجلد والأنسجة الدهنية:

يتكون جلد الانسانعادة من طبقتين هما: الطبقة الخارجية أو الطبقة الصلبة Cuticle (أي البشرة) والطبقة الداخلية Dermis (أي الأدمة) وهي تحتوي على العديد من الغدد والنهايات العصبية. وفي سنوات العمر الأولى من حياة الراشد يميل الانسان الى ان يتزايد لديه فائض من رواسب دهنية. اذا أولئك الافراد الذين لا يعيدون تنظيم أساليبهم الغذائية بما يتناسب واحتياجاتهم البدنية. فتراهم وقد ازداد ت احجامهم. الا انه ومع التقدم في العمر تبدأ الدهون الموجودة تحت الجلد في الاختفاء. ويطرأ تغير على الجهاز العضلي بحيث يصبح الجلد (الذي افتقد مرونته) في صورة ثنايا وتجاعيد. يصبح الجلد أكثر شحوبا ويفتقد صفاءه ويبدو اكثر جفافا. وتظهر التجعدات في الوجه، ويفقد نضارته، وتقل غزارة الشعر والصلع والشيب وتتسع الأوردة الدموية (الدوالي) Veins Varicase. وتبصح الانسجة أقل قدرة على الاحتفاظ بالماء وتظهر كما لو أصبحت اكثر سمكا وكثافة.

3) جهاز العضلات:



وتقع العضلات الارادية أو العضلات المخططة على طول الذراعين والساقين وأجزاء أخرى من الهيكل العظمي. وتصل هذه العضلات الى اعلى قوة لها في سن الخامسة والعشرين من عمر الانسان. ثم تبدأ بعد ذلك بالتناقص في سرعة وقوة انقباض العضلات. كما تتناقص قدرة الفرد على الاحتفاظ بجهد عضلي. وتصبح العضلات أقل مرونة وتتزايد المواد الليفية بها. ويشير العلماء الى ان التدهور في وضع الجسم والتناسق العضلي انما يتأثر غالبا بما يحدث من تلف في العقد القاعدية Basal ganglia خاصة وان للمخيخ دور هام

في التناسق العضلي الذي يحدث هذا الضعف. ومع التقدم في العمر. وبسبب انخفاض قدرة تشغيل القلب والرئتين وعوامل عديدة أخرى، فان الجهد العضلي للفرد يصبح اكثر تحديدا بسبب تصلب وتحديد حركات المفاصل.

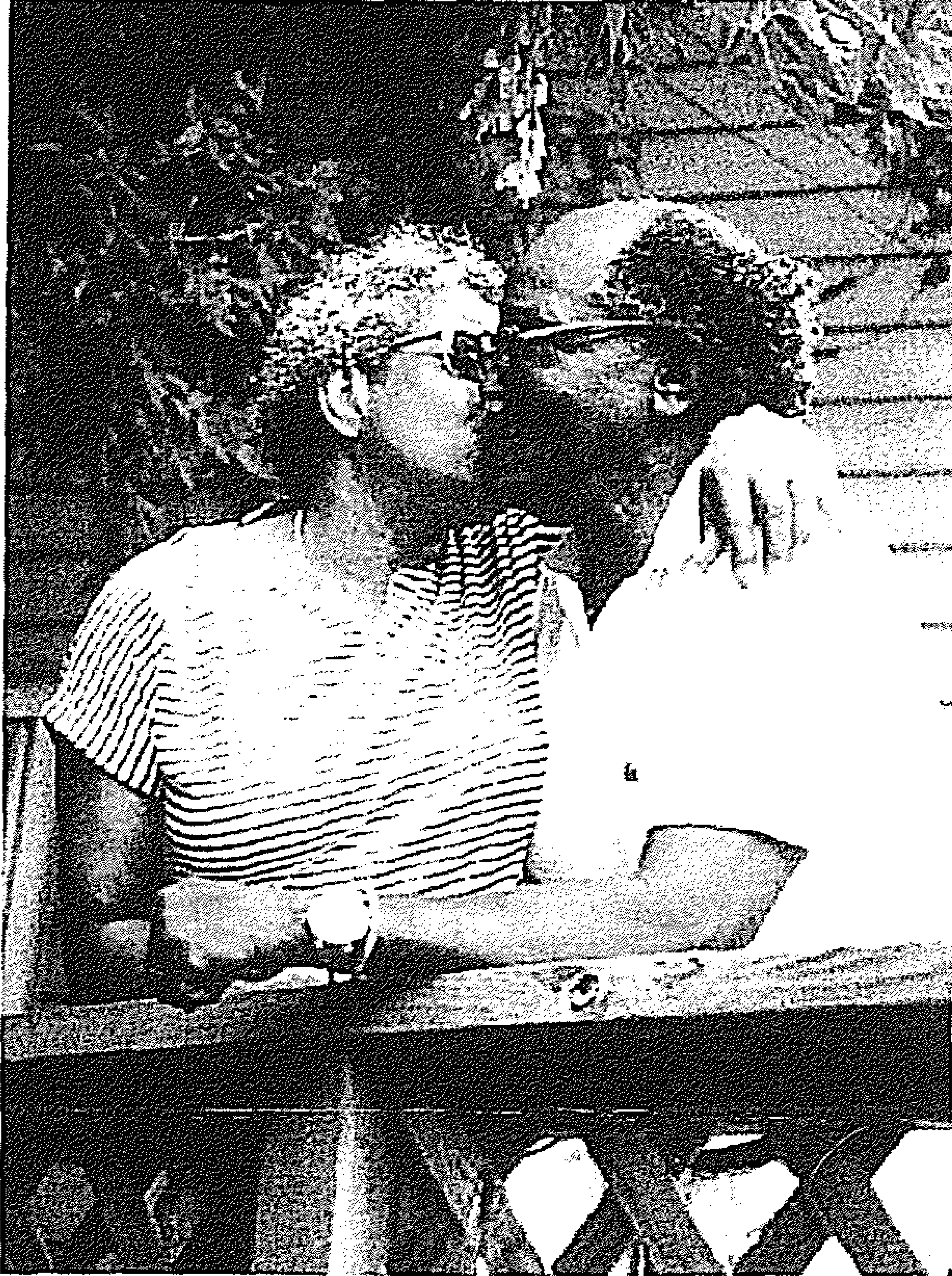
أما العضلات اللاارادية أو العضلات الملساء فهي تلك العضلات التي تكون في جدار المعدة والأمعاء. وفي القنوات الهوائية. وفي معظم الاحشاء الداخلية. والأوعية الدموية، وهذه العضلات تقع تحت تأثير الجهاز العصبي الذاتي Autonomic nervous system ومع التقدم في العمر فان التأثير على هذه العضلات يبدو ضئيلا وهي تؤدي وظيفتها بشكل سوي بدرجة ما حتى نهاية الشيخوخة تقريبا. فيما عدا العضلات الملساء للأوعية الدموية.

4) **الجهاز الحسي:**

ويعد القصور الذي يصيب الفرد في بصره من ابرز التغيرات المصاحبة لكبار السن. ومن اكثرها تأثيرا في عمليات التوافق الاجتماعي والاقتصادي. وتشير الدراسات في هذا الصدد. الى ان القصور في الابصار لا يحدث فقط في مرحلة الشيخوخة. وانما تبدأ ملامحه في سن مبكرة للفرد، حيث تميل مسافة الرؤية عند طفل العاشرة من العمر تدريجيا حتى سن الخمسين. مما يضطر العديد من الناس الى استخدام نظارات طبية لتقديم طول النظر. هذا بالاضافة الى ان عدسة العيد تبدأ هي ايضا في الهرم منذ سنوات الطفولة وتصبح أكثر عتامة وأقل مرونة في سنوات الرشد. وتتغير العدسة من حيث الشكل.ز فيؤدي الى خفض قدرتها على التركيز البؤري. وتغيير في العضلات الهدبية Ciliary muscks ويعمل على خفض قابلية العدسة للتكيف. ولما كانت العدسة تمثل تركيبا قابلا لأن يحدث به مناطق معتمة. فانه من الصعب الاحتفاظ بشفافية العدسسة مع التقدم في العمر. وهذا كله، يؤدي بالضرورة انقاص قطر انسان العين، وبطء استجابته للتغير في شدة الاضاءة. كما يحدث تدهور للقزحية Iris وتغلظ القرنية وتفقد بريقها وتصبح أقل شفافية. وضمور في الخلايا العصبية بالشبكية، وقصور في مدد الدم اليها. وكذلك، قصور تدريجي في التمييز الدقيق للألوان يسببه ما يصيب العدسة من اصفرار. ويصبح الابصار بذلك، أكثر تحديدا. ويحدث فقدان تدريجي للمواد الدهنية الحجاجية Orbital fat الامر الذي يؤدي الى ضمور في مظهر العينين. وتصبح الجفون اكثر ارتخاء بسبب حالة التوتر العضلي الذي يصيب المسن.

كما يبدأ التناقص في حاسة السمع لدى الانسان تدريجيا خلال سنوات الرشد، وغالبا لا يتمكن الانسان من ملاحظة ذلك. لأن معظم الاصوات تكون عادة فوق عتبة الاحساس. ومع التقدم في العمر فانه يحدث ضمور في الانسجة العصبية. ويكون القصور في السمع اكثر وضوحا في الذكور منه لدى الاناث. ويزداد شدو في الاذن اليسرى عنه في الاذن اليمنى.

ومع التقدم في العمر فان قدرة الحواس في جسم الانسان تتجه نحو خفض القدرة فتدهور الاعصاب الحسية الخاصة بالشم والتذوق ويحدث تناقص في الحساسية بالحلاوة والملوحة. وفي عدد حلمات التذوق باللسان. وتتعرض البصيلة الشمية Oifactory bulb المسؤولة عن احساس الشم في قاعدة المخ الى الضمور. وتتعرض احساسات اللمس وادراك الحركة والذبذبات لنوع من الانحدار.كما يتأثر الادراك الحسي للحرارة بسبب ما يحدث من تغيرات في الرواسب الدهنية وفي الاوعية الدموية. وتتناقص كفاية احساس الوضع والتوازن Vestibular sense فيشعر بالدوار نتيجة اضطرابات في الدورة الدموية. وربما تكون ايضا بسبب ما يحدث من ضعف في الواردات الحسية من العضلات والمفاصل. كما يؤدي القصور في الوضع والاتزان الى حوادث السقوط لدى المسن.



وبسبب تناقص مرونة غضاريف الحنجرة وتصلبها، خاصة عندما يصل الفرد الى سن الأربعين. وضمور عضلات الحنجرة في مراحل متقدمة من العمر. كما تحدث تغيرات في الغشاء المخاطي لها. وارتفاع في طبقة الصوت. بحيث يصبح مع العمر اقل قوة، ومداه اكثر تحديدا. وتتدهور القدرة على الغناء والخطابة ويصبح الكلام اكثر بطئا .زز ويكثر حدوث التوقف خلال الكلام. وقد يطول هذا التوقف. وفي بعض حالات الشيخوخة قد يحدث اندغام الكلام Slurring عنده. اضف الى ذلك العديد من التغيرات المرضية التي تصيب المسن بسبب ما يصيب المخ من تغيرات مرضية (ملحم، 2013).

5) الجهاز الهضمي والبولي:

ويعد الجهاز الهضمي في جسم الانسان جهازا يتميز نسبيا بالقوة. وعدم حدوث قصور خطير نتيجة التقدم في العمر. ما عدا حالات الاصابة بالمرض. وتشير الدراسات الطبية هنا الى ان هظم المواد الدهنية يؤدي الى تكون دقيقات من الدهون في مجرى الدم تسمى Chylomicrons

وتتزايد هذه الدقيقات مع العمر ثم تعود الى مستواها القاعدي. الا انه مع التقدم في العمر فان معدل الامتصاص يبطيء كثيرا وتزداد درجة تركيز هذه الدقيقات الى مستوى عال. مما يزيد من احتمال تعرض المسن للامراض التي ترتبط بالتمثيل الغذائي للمواد الدهنية للمسن.

ويعاني المسن من استجابات هضمية هزيلة. بالنظر الى معاناة المسن من قلة افراز اللعاب وضعف حاد في حواس الشم والتذوق. مما يضعف اقبال المسن على الطعام والى عملية الهضم. هذا بالاضافة الى العوامل النفسية التي تصيب المسن مع التقدم في العمر والتي تعلب دورا بارزا في الشهية للطعام والهضم.

وتتعرض اجهزة الكلية عند المسن لنوع من الضمور بسبب تدهور الاجزاء المكونة لها مثل الانيبيات Tubuks يتم تعويض جزء من هذا التدهور عن طريق نمو خلوي مما يجعل القدرة الوظيفية للكلية لا تتناقص بشكل خطير حتى سنوات العمر المتأخرة للمسن. وقد يؤدي فقدان المسن قدرته على الضبط الارادي للتبول الى متاعب عديدةز كما يحدث الامساك في مراحل متأخرة من العمر نتيجة لضعف في وظائف المعي في مراحل النمو السابقة. وعدم ممارسة النشاط أو عدم مناسبة الغذاء باحتوائه على ندرة في المواد الخشنة. او بسبب نقص الفيتامينات، أو بسبب الامراض التي قد يصاب بها المسن.

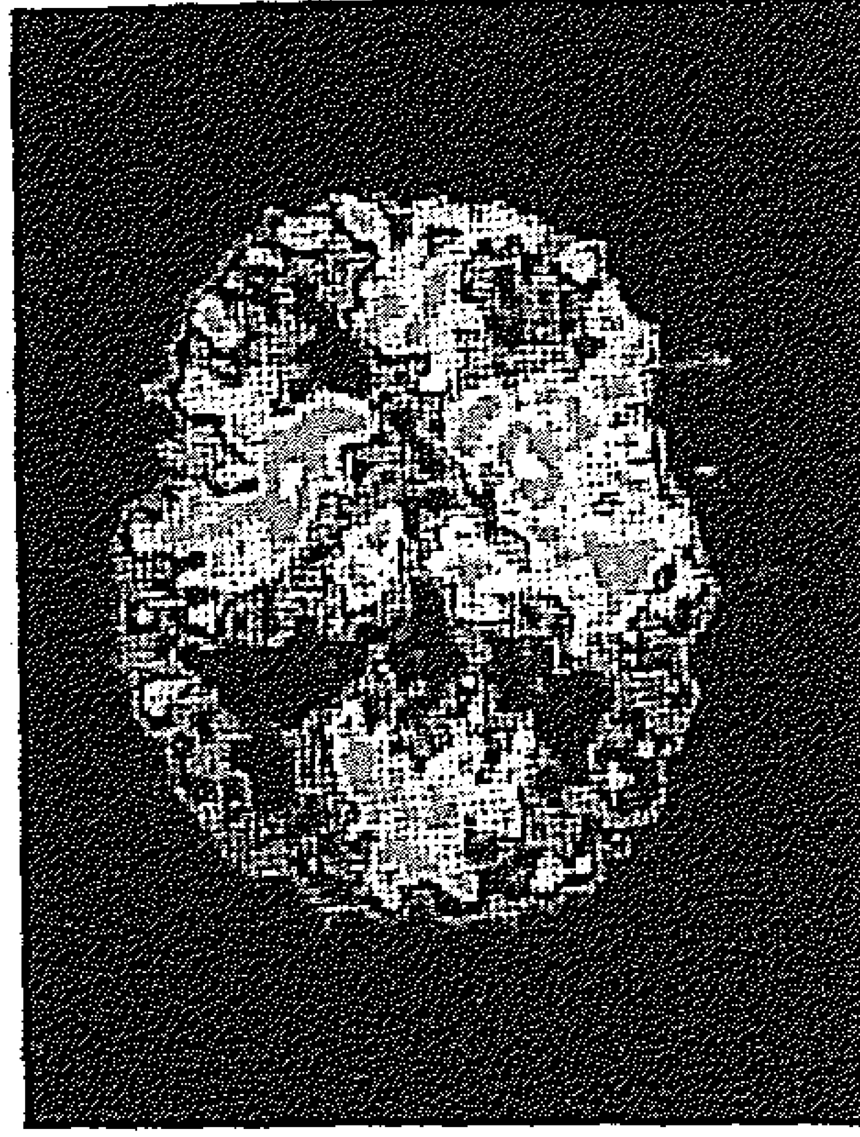
أما التمثيل الغذائي للانسان فان المعيار القاعدي له يكافىء عادة المعدل الذي يستهلك به الانسان الاكسجين في حالة الراحة. ويزداد هذا المعيار خلال بذل الجهد او الانفعال. ويتناقص مع التقدم في العمر. هذا المعيار يعد المسؤول الرئيسي للتمثيل الغذائي في جسم المسن. والذي يحدث تناقصا في افرازات الغدة الدرقية. الا ان عددا من البحوث تشير الى ان السبب الرئيسي في ذلك هو تناقص في العدد الكلي للخلايا. وتناقص النشاط في المناطق الرئيسية من الجسم مثل الكبد والعضلات. وبالنسبة للحرارة والبرودة فان استجابة المسن للبرودة تكون ابطأ من استجابة الشخص الاصغر سنا. حيث تضعف العضلات الارادية لديه ويضعف منعكس الارتعاش لديه. مما يعرضه لانخفاض خطير في درجة حرارة جسمه تؤدي به الى حالة غير سوية بالنسبة للمسن. أما درجة الحرارة العالية لجسم المسن فيمكن خفضها عن طريق ايقاف او ابطاء الجهد العضلي. ويمكن عن طريق عوامل التكيف من افراز للعرق وتمدد للأوعية الدموية السطحية. العمل على خفض درجة حرارة الجسم. لاحظ هنا ان المسن غير قادر على التعامل بصورة طبيعية لدرجات الحرارة العالية نسبيا.

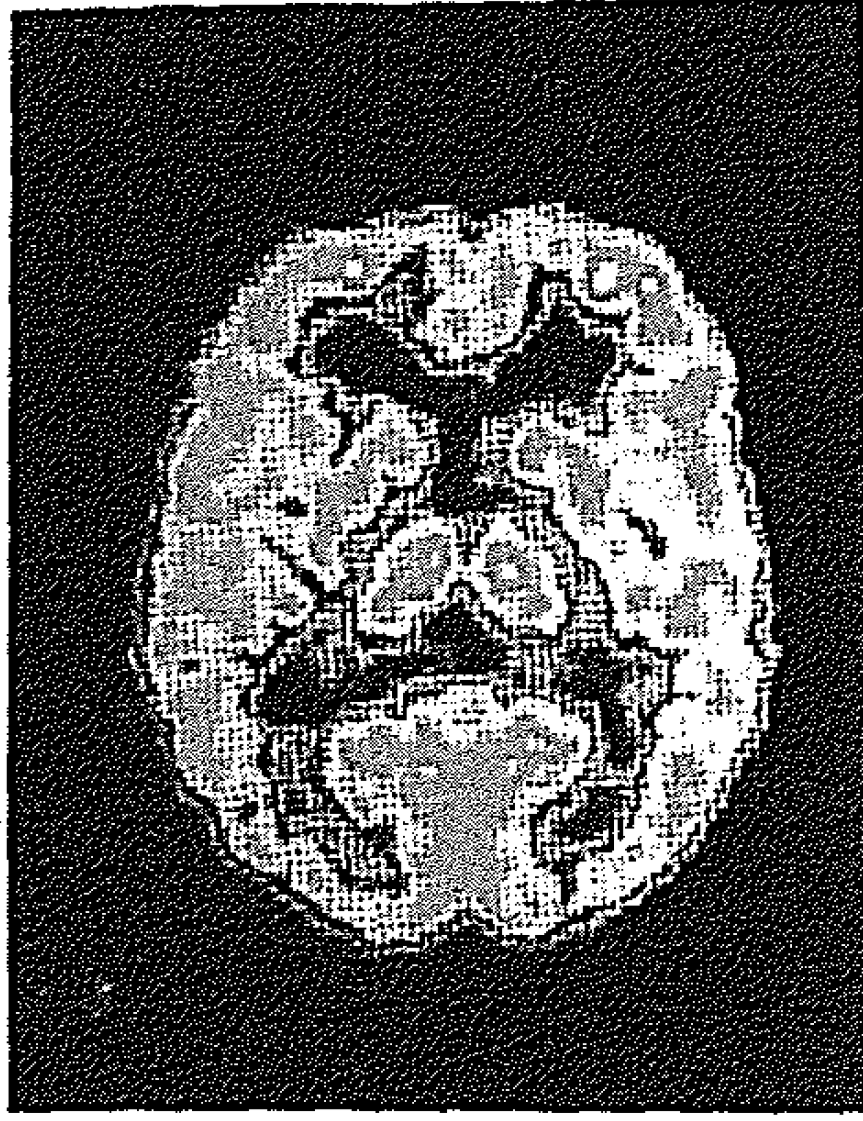
تمثل الشيخوخة فقدانا جوهريا او انحرافا سلبيا في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الاسوياء. (Wright & Weiss, 2009) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية. ففي

سن الخامسة والستين من عمر الانساني ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهري في تحول النمو الانساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فانه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجيا حتى يصل الى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر).

6) الجهاز العصبي:

تكشف الدراسات والبحوث التي أجريت على الجهاز العصبي للانسان عن وجود نوع من المرونة في خصائص الجهاز العصبي كاستجابة توافقية للاحتياجات المتغيرة للانسان. وأن الالياف العصبية التي يتم تحويل مساراتها الى نهايات طرفية جديدة تتخذ نفس الخصائص المعينة واسلوب الاستجابة الخاص بالعضو الجديد الذي اصبحت تنتهي فيه.





وبالرغم من ان تجدد الالياف العصبية في الجهاز العصبي المركزي امر ممكن الا ان تلك القابلية تتضاءل مع التقدم في العمر. بحيث تأخذ تغيرات اخرى مكانها في الخلية العصبية في حالة الشيخوخة. مثل الانكماش وتزايد الاصباغ وموت الخلية وتناقص مدد الدم والاكسجين للدماغ. كما يتناقص وزن المخ من 1400 غرام لدى الذكور و1250 للاناث في سن العشرين الى حوالي 1250 غرام للذكور و1125 غرام للاناث في سن الثمانين. ويتزايد هذا التناقص مع التقدم في العمر. ويشير الباحثون هنا ان مقياس المخ هذا ليس دقيقا لعدد الخلايا العصبية السليمة فيه. فالمحتوى المائي للمخ يزداد زيادة بسيطة في مرحلة الرشد. بينما الاحماض الامينية لا تتأثر مع التقدم في العمر بشكل واضح. ويبقى حامض الريبوز النووي RNA Ribonucleic acid ثابتا تقريبا خلال مرحلة الرشد ويتناقص في سنوات العمر الاخيرة، أما الحامض النووي الديكسي Deoxyribonucleic acid (DNA) يبوزي فيتزايد بشكل ضئيل.

هذا، وتشير الدراسات الخاصة بالتخطيط الكهربائي الدماغ Electroenoephalogram (EEG) الى ان ترددات ألفا تتراوح ما بين 1 – 12 ذبذبة في الثانية، وان ترددات دلتا تتراوح بين 1 – 3 ذبذبة في الثانية. وترددات ثيتا تراوحت بين 4 – 7 ذبذبات في

الثانية. وان جميع هذه الترددات تتباطأ مع التقدم في العمر. وأن كبار السن الذين يعانون من اضطرابات أو امراض في الاوعية الدموية يكشفون عن عدم سواء في التخطيط الكهربائي للدماغ بدرجات متفاوتة.

ويؤدي المرض وضمور المخ لدى كبار السن الى نتائج عدة: فتصبح شقوق المخ Fissures اكثر عمقا واتساعا، ويتزايد حجم البطينات Ventricles وينتابها التشوه، ويتم افتقاد العديد من الخلايا، ويحدث تدهور في المخيخ Cerebellum وفي الاجزاء الداخلية للمخ، وتتزايد الياف الخلايا الغرائية Gilia Cells التي تشكل التراكيب المساندة.

وتتدهور خلايا شيفان Schwann cells التي تغلف الالياف العصبية.

كما يؤدي تصلب الشرايين على المخ عن طريق خفض مدد الدم اليه الى: خفض كمية الاكسجين التي تصل المخ، وخفض توزيع المواد الغذائية للمخ والتخلص من الفضلات بما في ذلك ثاني اكسيد الكربون. وضمور او موت الخلايا العصبية. وامكانية حدوث نزيف دموي من احد الاوعية الدموية المتدهورة مما يؤدي الى حدوث تلف مخي وحالة الفالج Stroke. ويحدث ضمور للالياف العصبية وتغير في الشكل المورفولوجي. وتناقص في امدادات الدورة الدموية. وتزايد في الانسجة الرابطة. وتناقص المكونات الاساسية للخلية العصبية.

وتتأثر استجابة الجهاز العصبي للضغوط الانفعالية عند المسن. ويحدث خفض في الاستجابة الكلية للجهاز العصبي الذاتي Autonomic nervous system وما يصاحب ذلك من افرازات غدية، وخفض في مستوى الاستثارة الانفعالية. بحيث يصبح مزاج المسن أكثر تسطحا أو استواء.

أما القصور التدريجي الذي يحدث في اللحاء Cortex فيؤدي الى فقدان السيطرة على الاستجابة الانفعالية بحيث تصبح هذه الاستجابة اكثر بدائية. وترتبط بالمواقف العابرة مما يصعب على المرء التنبؤ بالسلوك الانفعالي للمسن. وتصبح الخبرة الانفعالية لدى المسن اقل ثباتا وتزول بزوال المنبه.

7) الحياة الجنسية لدى الكبار:

مما لا شك فيه ان تأثير السن على الحياة الجنسية يظهر واضحا لدى الفرد. كما تتداخل عوامل عديدة في الحياة الجنسية للفرد. فالاستجابة الجنسية للرجل تتضاءل مع التقدم في العمر. وكذلك المرأة.

يمكن تقسيم الوظائف التناسلية للذكر الى ثلاث قطاعات رئيسية هي:

- تكوين الحيوانات المنوية Spermatogenesis.
- أداء الفعل الجنسي الذكري.
- تنظيم الوظائف الجنسية الذكرية من خلال الهرمونات المختلفة.

وتفرز الخصيتان هرمونان هما: هرمون الاندروستون androstene – D، وهرمون التستوستيرون Testostrone. وهذان الهرمونان يتكونان في خلايا ليدج التخللية Interstitial cells of leyding والتي تقع بين الانيبيات حاملة البذور Seminiferous tubules ويمكن اعتبار ان هرمون التستوستيرون هو الهرمون الوحيد المسؤول عن تأثير الذكورة الهرمونية التي تحدثها الخصيتان. بالرغم من وجود هرمونات أخرى للذكورة (Androgens) تفرز من مناطق أخرى بالجسم بالاضافة الى الخصيتين. فالغدة الادرنالية مثلا تفرز خمسة هرمونات على الاقل من الاندروجين. وان كانت كمية هذه الهرمونات قليلة. كما يتم افراز كمية قليلة من هرمونات الانوثة (استروجين Estrogens) في الذكر. ولا زالت مشكلة انتاج هذه الهرمونات غامضة لدى العلماء.

وهرمون التستوسترون Testostrone هو المسؤول بصفة عامة عن الخصائص المميزة لجسم الذكر. ولا يتم افراز هذا الهرمون خلال مرحلة الطفولة حتى سن 10 – 12 سنة تقريبا. وتزداد سرعة انتاج هذا الهرمون عند البلوغ. ويستمر تقريبا حتى بقية العمر. لكنه يتضاءل بسرعة بعد سن الاربعينويصل الى ادنى مداه في سن الثمانين. وتسبب افرازات التستوستيرون عقب البلوغ تضخم العضو الذكري والصفق والخصيتين عدة مرات حتى سن العشرين. ويعمل التستوستيرون على نمو الخصائص الجنسية الثانوية منذ البلوغ وحتى نهاية النضج. والتي تميز الذكر عن الانثى. ومن بين اهم هذه الخصائص عند الذكر هو ما يحدث من نمو الجهاز العضلي عقب البلوغ. ويكون هذا مصحوبا بتوازن نيتروجيني ايجابي يعزى الى نوع من التأثير الذي يمارسه التستوستيرون على بناء البروتينات وكثير من التغييرات في الجلد التي يحدثها في الاغلب ترسيب البروتينات في الجلد. كما يمكن ان يرجع ما يحدث من تغييرات في الصوت الى دور التستوستيرون في الاحتفاظ بالنيتروجين. ولهذا فان العديد من الباحثين يسمون هذا الهرمون بهرمون الشباب. بسبب تأثيره على الجهاز العضلي. ولذلك، فانه يستخدم في كثير من الحالات في علاج الاشخاص الذين نمت عضلاتهم نموا ضعيف.

وعقب البلوغ تفرز الغدة النخامية للذكر الهرمون الحافز للغدد الجنسية Gonadotropic hormone حتى نهاية العمر. كما يستمر تكوين الحيوانات المنوية حتى

الوفاة. ومع ذلك فالوظائف الجنسية تبدأ في التناقص ابتداء من سن الاربعين يقابله في ذلك توقف الدورة الشهرية عند الاناث. ويسمى تناقص الوظائف الجنسية عند الذكر بسن اليأس الذكري The make climacteric ويكون مصحوبا في الغالب باعراض من ومضات من الحرورة والشعور بالاختناق Suffocation واضطرابات نفسية شبيهة باعراض سن اليأس عند الاناث.

وتتميز الحياة الجنسية السوية للانثى بتغيرات ايقاعية شهرية في معدلات افراز الهرمونات الجنسية وما يتبع ذلك من تغيرات في الاعضاء الجنسية ذاتها. وهذا ما يسمى بالدورة الجنسية الانثوية. حيث تبلغ مدة الدورة الشهرية 28 يوما في المتوسط. وقد تتراوح مدتها بين 20 – 45 يوما عند بعض النساء. وتكون في هذه الحالة مصحوبة بتناقض في الخصوبة.

ينتج عن الدورة الجنسية الانثوية عادة تحرر بويضة واحدة من المبيضين كل شهر. بحيث ان جنينا واحدا فقط يمكن ان ينمو في المرة الواحدة. ويتم اعداد الغلاف المبطن لغرس البويضة الملقحة في زمن محدد من الدورة. كما تعتمد الدورة الجنسية اعتمادا تاما على الهرمونات الحافزة للغدد الجنسية Gonadotropic hormones التي يفرزها الفص المقدمي من الغدة النخامية Adenohy pophesis فالمبيضان اللذان لا يتم تنبيههما بواسطة الهرمونات الحافزة للغدد الجنسية يظلان غير نشيطين تماما كما هو الحال في مرحلة الطفولة حيث لا توجد هذه الافرازات الهرمونية تقريبا. أما الهرمونات الجنسية الانثوية فهي هرمونات الاستروجين Estrogens والبروجستيرون Progesterone

تعمل هرمونات الاستروجين على تنشيط ما يتم من التحويرات التي تحدث لخلايا معينة في الجسم. وتكون مسؤولة عن نمو الاعضاء الجنسية ومعظم الخصائص الجنسية الثانوية للأنثى. وتعمل على احداث زيادة في النشاط الخاص ببناء العظام Osteoblastic activity كما ان له تأثير على نمو الهيكل العظمي بحيث يعمل على التئام العظام الطويلة. وهذا التأثير لدى الاناث يكون اقوى بكثير من التأثير الذي يحدثه التستوستيرون في الذكور. ولذلك، فان نمو الانثى عادة ما يتوقف في وقت مبكر قبل الذكر بعدة سنوات. وتشير البحوث هنا الى ان الانثى التي يتم استئصال المبيض لديها ولا يحدث بها انتاج لهرمونات الاستروجين. يزداد نمو طولها عدة بوصات من الأنثى الناضجة السوية. لأن العظام الطويلة لا تلتئم في وقت مبكر تحت تأثير هرمونات الأستروجين.

وتعمل هرمونات الاستروجين على زيادة كمية البروتين الكلي في الجسم. كما تزيد هرمونات الاستروجين من معدل التمثيل الغذائي بشكل طفيف.ز كما تعمل على زيادة كميات

الدهون المختزنة في الانسجة تحت الجلدية. ونتيجة لذلك فان الكثافة الخاصة لجسم الانثى تكون اقل بكثير من الكثافة الخاصة لجسم الذكر الذي يحتوي بروتينا اكثر ودينات اقل.

وبالاضافة الى ترسب الدهنيات في الثديين والانسجة تحت الجلدية. فان هرمونات الاستروجين تحدث ترسبا ملموسا للدهنيات في الفخذين والعجز مما يؤدي الى زيادة عرض الحوض. وهو من خصائص الشكل الانثوي. ويجعل الاستروجين الجلد ناعم الملمس طريا واكثر سمكا واكثر احتواء على الاوعية الدموية. يصاحبه زيادة في دفء الجلد.

أما البروجستيرون فيهتم بالاعداد النهائي للرحم بغرض الحمل. او اعداد الثديين للرضاعة.

وعند حوالي سن 45 – 50 سنة تصبح الدورة الجنسية غير منتظمة ولا تحدث عملية الاباضة Ovulation خلال العديد من تلك الدورات. حتى تتوقف الدورة بعد سنوات قليلة. بسبب استهلاك المبيضين Burning out (احتراق المبيضين) ومع ذلك فان هرمونات الاستروجين تظل تفرز بكميات قليلة ولمدة قصيرة بعد الدورة الجنسية. الى ان يهبط انتاج المبيضين من هرمونات الاستروجين الى الصفر تقريبا.

يعتبر سن اليأس عند الأنثى The female climacteric الزمن الكلي الذي قد يستمر من عدة شهور الى عدة سنوات والذي تصبح خلاله الدورة الجنسية غير منتظمة. ثم تتوقف تدريجيا. وعلى المرأة عندئذ ان تعيد تكيف حياتها. حيث يؤدي فقدان هرمونات الاستروجين الى حدوث تغيرات فيزيولوجية ملموسة في وظائف الجسم تتضمن ومضات من ال\سخونة تتميز بتورد الجلد. وسهولة الاستثارة وسرعة التعب والقلق.

وعقب توقف الدورة الجنسية عند المرأة. فان مستوى ما تفرزه الغدة النخامية من الهرمون الحافز للغدة الجنسية Gonadotrophin يرتفع بحدة. ويشير الباحثون في هذا الصدد الى ان ذلك يمثل محاولة الغدة النخامية لاعادة عمل مبيض غير مستجيب قد اصابته الشيخوخة.

لقد قام عدد من علماء الشيخوخة باجراء سلسلة من التجارب لمحاولة ازالة نتائج الشيخوخة عن طريق علاج تعويض بالهرمونات. لكنهم حققوا نجاحات ضئيلة في هذا المجال. فبعض التغييرات التركيبية في الغدد الصماء المسنة تماثل التغييرات التركيبية التي تتبع استئصال الغدد الجنسية. ويمكن التخلص من بعض هذه التغيرات بعلاج الكائن بالهرمونات الجنسية في بعض الحالات.

ووفقا للدراسات التي قام بها كنزي Kinsey فان قمة الحياة الجنسية هي في مرحلة المراهقة حيث تصل تكرارات النشاط الجنسي الى اعلى معدل لها. ثم تتناقص بانتظام بعد ذلك.

حيث تهبط بشكل خطي تقريبا حتى سن الستين. ويرى ماسترز وجونسون Masters & Johnson أنه مع التقدم في العمر وخاصة بعد سن الستين. يكون هناك بطء في المراحل الاساسية التي تشكل الفعل الجنسي. كما يكون هناك تزايد في طول الفترة الزمنية اللازمة لكي يكون المرء مستعدا مرة اخرى لمعاودة الاتصال الجنسي والتي تسمى فترة المقاومة أو المعاندة Refractory period كما ان اللذة النفسية المشتقة من عملية الانتهاء من الفعل الجنسي قد تصبح معاقة. ويرى ماستر وجونسون ان احد العوامل الهامة في تحديد طبيعة النشاط الجنسي للمسنين هي الظروف البيئية التي يعيشها الذكر خلال سنوات تشكيله جنسيا. اذ عندما يتاح للذكر مستوى عال من التعبير الجنسي خلال سنوات عمره المبكرة. فانه سوف يحتفظ بمستوى عال من النشاط الجنسي في أواسط العمر وسنوات عمره المتقدمة. وبناء عليه، فان معدلات النشاط الجنسي العالية في سنوات العمر المبكرة ترتبط بمعدلات عالية في سنوات العمر المتقدمة.

هذا، وقد اشارت نتائج البحوث المتعلقة بالنشاط الجنسي للمسن. (Patrick, et al., 2001) أن اي مرض جسمي يسبب الضعف او السقم يمكن ان يتدخل في النشاط الجنسي. وأن الضعف الجنسي غالبا ما يصاحب مرض السكر Diabetes melitus وان فقدان القدرة الجنسية Impotence يمثل أحد الاعراض المبكرة لمرض السكر. ويقال ان القدرة الجنسية تستعاد عادة عندما يتم السيطرة على مرض السكر.

وبالنسبة للاناث، فبالرغم من احتفاظ المرأة بنشاطها الجنسي بصورة أو بأخرى. الا انها تمر بخبرة تكون مؤشرا واضحا على توقف قدرتها على انجاب الاطفال. ويعتبر توقف الدورة الجنسية بمثابة حدث مزعج يؤدي الى الاكتئاب. وكذلك، فان تناقص القدرة الجنسية لدى كل من الرجل والمرأة. وتغير في المظهر لديهما يمكن ان يثر مشكلات خطيرة. وغالبا ما ينزعج الرجال باعتبار ان قدرتهم الجنسية تمثل بالنسبة لهم رمزا للذكورة. أما المرأة فان فقدان جاذبيتها الجنسية قد تهدد مشاعرها بالامن في علاقاتها الزواجية. وان كانت ترحب بتناقص الاهتمام الجنسي لدى شريكها.

رابعاً: التغيرات المعرفية المصاحبة للكبر:

(4 – 1) القدرات العقلية:

ومع التقدم في العمر يحدث تدهور في قدرات معينة عند الشخص. دون ان يصبح المسن بالضرورة عبئا اجتماعيا. فقد يعاني من صعوبة في تذكر اسماء ووجوه جديدة على سبيل المثال. لكن هذا الامر لا يشكل بحد ذاته اعاقة للاستمرار في حياة اجتماعية ناجحة. ويكون قادرا على ادارة شؤون منزله او مصالحه الاقتصادية. ويكون تأثير السن ملحوظا بصفة خاصة في مجال

السرعة (مثل زمن الرجع Reaction time) فتتدهور قدرة المسن على التعامل مع الكلمات بشكل تدريجي.

وهناك العديد من التغيرات التي تطرأ على الفرد عند دخوله مرحلة الشيخوخة. وربما يكون قبل ذلك ايضا. مع وجود تباين واضح للتغير من شخص لآخر. ذلك ان الكثيرين من المسنين يمكنهم الاستمرار في حياتهم الاقتصادية والمهنية والاجتماعية وممارسة نشاطاتهم السابقة بينما نرى آخرين وقد تركت الشيخوخة بصماتها عليهم بشكل واضح وجلي. ومن الخصائص العقلية التي يمكن ان تتأثر بالشيخوخة ما هو متعلق بالقدرة على التفكير المجرد، والقدرة على التصرف في المواقف الجديدة. وتشير الدراسات المتعلقة بهذا الجانب ان الوظائف العقلية للفرد تنحدر تدريجيا من العقد الثالث من العمر حتى العقد السادس منه. ثم تنحدر بشكل حاد بعد ذلك. ويرى وكسلر Wechsler ان الانحدار في القدرات العقلية يبدأ في ان يكون مستويا في معظم الاحوال عند حوالي سن 18 ثم يتزايد مع التقدم في العمر حتى سن 20 – 25 وبعد ذلك العمر تبدأ كل درجات الاختبارات في الانحدار. ويكون الانحدار في بادىء الامر بطيئا الا انه يأخذ في الوضوح بشكل متزايد بعد سن الثلاثين.

1) التدهور العقلي في الشيخوخة:

من المعروف انه مع التقدم في العمر يحدث تدهور في قدرات معينة عند الشخص. دون ان يصبح المسن بالضرورة عبئا اجتماعيا. فقد يعاني من صعوبة في تذكر اسماء ووجوه جديدة على سبيل المثال. لكن هذا الامر لا يشكل بحد ذاته اعاقة للاستمرار في حياة اجتماعية ناجحة. ويكون قادرا على ادارة شؤون منزله او مصالحه الاقتصادية. ويكون تأثير السن ملحوظا بصفة خاصة في مجال السرعة (مثل زمن الرجع Reaction time) فتتدهور قدرة المسن على التعامل مع الكلمات بشكل تدريجي ويكشف أداء المسن على الاختبارات التي تتطلب استخداما لما تعلمه في الماضيعن تدهور أقل من تلك الاختبارات التي تتطلب عامل السرعة وعمليات تعلم جديدة والادراك الحسي لعلاقات جديدة في مضمون لفظي او مكاني. وقد صمم وكسلر مجموعة من اجزاء الاختبارات اسماها Hold tests لا تتأثر بعامل السن مثل: المفردات، والمعلومات، وتجميع الاشياء، وتكملة الصور. ومجموعة أخرى اطلق عليها Don't hold tests تكشف عن تدهور في الاداء عليها بشكل واضح نسبيا مع التقدم في العمر. مثل مدى ذاكرة الارقام، والمتماثلات، ورموز الارقام، وتصميم المكعبات. ويحسب معامل التدهور في اختبار وكسلر بطرح مجموع الدرجات الموزونة على الاختبارات التي تتأثر بعامل السن من مجموع الدرجات الموزونة على الاختبارات التي لا تتأثر بعامل السن. هذا، وقد تم تصميم اختبارات عديدة تستخدم كأدوات اكلينيكية لقياس القصور العقلي عند المسن وكمؤشرات على قيام حالة من التلف العضوي بالمخ. منها:

- اختبار Babock – Levy test وهو اختبار يعتمد على الدرجات التي يحصل عليها المريض على اختبار المفردات في مقياس ستانفورد – بينيه باعتباره يمثل القدرة العقلية السابقة للمسن.
- اختبار Hunt – Minisota test وهو اختبار يستخدم المفردات في مقياس ستانفورد – بينيه كاطار لتقييم أداء المريض على ستة اختبارات للذاكرة.
- اختبار Goldstein and Scherers وهو اختبار يقوم على اساس تكوين المفاهيم ويعتمد بشكل أكثر على الاساليب التي يستخدمها المفحوص في أدائه للاختبار عن اعتماده على النتيجة النهائية للأداء. يتكون هذا الاختبار من مجموعة اختبارات هي: اختبار المكعبات The cube test، واختبار تصنيف الالوان Color sorting test واختبار فرز الاشياء The object – sorting test واختبار فرز الالوان The color – sorting test واختبار العصي The Goldstein – Schere stick test.

2) خبل الشيخوخة وتأثير التلف البؤري:

يعرف الخبل Dementia بأنه تدهور للوظائف العقلية قد اتخذ صفة الثبات والاستقرار بسبب تلف عضوي بالدماغ. والمظهر العام للعته يتفاوت من فرد لآخر وفقا للشخصية السابقة على المرض. كما يتفاوت وفقا للعمر الذي بدأ عنده المرض.

وفي حالات التدهور العقلي لخبل الشيخوخة فان مظاهر كل صور القصور كاضطراب وظائف الكلام Dysphasia، وفقدان الذاكرة Amnesia والابراكسيا يمكن ان تكون قائمة في حالات خبل الشيخوخة. وفي مثل تلك الحالة فان الكفاية العقلية تتأثر بكثير من الامراض الوظيفية مع التقدم في العمر. كما تكون الشيخوخة مصحوبة ببدء حالة من الاكتئاب أو البارانويا. ويكون التمييز بين ما تحدثه تلك الاضطرابات الوظيفية، وبين ما يحدثه التلف العضوي في المخ أمر صعب. كما ان هناك مظاهر عديدة للقصور العقلي يمكن ان تجعل الانسان غير قادر على التعويض عما يعانيه من فقدان لوظائف عقلية خاصة مما تؤدي بالضرورة الى حالة من التدهور العقلي العام. وهذه المظاهر هي:

1. المثابرة أو الثبات والاستمرار Perseveration:

في هذه الحالة يكرر المريض استجابة ملائمة لمنبه معين كاستجابة لمنبه تال. حتى وان كانت تلك الاستجابة لا تتناسب مع المنبه التالي.

2. النمطية Stereotypy:

يرتبط بظاهرة المثابرة ظاهرة عدم القدرة على تغيير المفاهيم وبمعنى آخر ظاهرة النمطية. وهذه الظاهرة تحدث في المواقف التي يكون على المريض فيها ان يصنف الاشياء بطرق شتى. وما ان يحقق صيغة من صيغ التصنيف فانه لا يستطيع ان يتبنى صيغة أخرى.

3. العيانية Concreteness:

وفي هذه الظاهرة يستجيب لكل المنبهات كما لو كانت تقوم فقط في المحيط الذي قدمت فيه ولا يمكن تجريدها عن بيئتها، او تجريد صفاتها عنها. ولا يستطيع المسن تعريف الكلمة مثلا بشكل تام لأنها تفشل في استدعاء كلمة أخرى. فتعريف كلمة سرير مثلا هو: نعم انه سرير. مجرد سرير تنام عليه.

4. التشوسن Perplexity:

التشوسن مظهر آخر من مظاهر القصور العقلي العام الذي يرجع الى اصول عضوية. فعندما يواجه المريض موقفا لا يمكنه تناوله فانه يحاول الهرب منه عن طريق الانشغال بأفعال منفصمة عن الموقف. وعلى سبيل المثال، فانه عندما يفشل في تسمية صورة عرضت عليه. يقوم بتقبيلها وينظر الى ظهرها. واذا ما تم تقديم شيء لا يستطيع التعرف عليه، فانه يضعه في جيبه.

5. استجابة النكبة او المصيبة The catatrohicreation:

استجابة النكبة او المصيبة استجابة انفعالية حادة مصحوبة بمكونات من نشاط الجهاز العصبي الذاتي Autonomic nervous system مثل العرق واحمرار الوجه والصياح وعدم الاستقرار.

(4 – 2) اضطرابات الوعي:

يرتبط الوعي Consciousness عادة بالنشاط الذي يحدث داخل دماغ الانسان. وهو ما يحدث من تغير في السلوك يتلو التنبيه الحسي. وللوعي عدة مستويات تميل الى التداخل في بعضها البعض ومن الصعب تحديد الانتقال من مستوى الى مستوى آخر. وهذه المستويات هي:

- نشاط منعكس بسيط.
- حركات غير هادفة.
- حركات هادفة دون اي كلام او فهم للكلام.
- حركات غير مستقرة وقدرة على نطق كلمات او جمل قليلة غالبا بشكل انفجاري.

- كلام وحركة لا يحكمها اي كف. مع ادراك للزمان والمكان والاشخاص وفقدان الذاكرة للأحداث الجارية.
- ادراك كامل وتهذيب اجتماعي.

وخلال عودة حالة الوعي تستعاد القدرة على ادراك الزمان والمكان والاشخاص قبل استعادة القدرة على تذكر الاحداث القريبة. ونادرا ما يحدث فقدان للوعي وما يصاحبه من فقدان للذاكرة في اصابات الدماغ التي لا تسببها تغيرات فجائية عنيفة في الاتجاه. وفي حالة فقدان الوعي فانه لا يمكن استثارة المريض استثارة تامة بواسطة منبهات خارجية. لكن هذا الامر ممكن في حالة عدم اليقظة. مما يوضح التمايز الذي يحدث بين حالتي فقدان الوعيUnconsciousness وعدم اليقظة Unwakefulness. كما ان هناك فروقا واضحة ما بين فقدان الوعي في حالات الغيبوبة وبين حالات النوم. فخلال النوم الطبيعي نجد ان الاعصاب الحسية تستقبل بصفة مستمرة المعلومات الواردة. حيث يعمل المخ على التقاط ما هو هام من هذه الواردات ويتخلى عن غير الهام منها. أما في حالة الغيبوبة فان المريض لا يستجيب الا للمنبهات القوية فقط. ولا تتعدى تلك الاستجابات اكثر من مجرد حركات للاطراف من نوع المنعكس Reflex.

وهناك عدد من الخصائص السلوكية التي يمكن التعرف عليها خلال حدوث نوع من التغير أو الخفض في حالة الوعي من ابرزها: فقدان الانتباه والتيقظ. وتغير في القدرات العقلية. وفقدان القدرة على الاحتفاظ. واضطرابات المزاج.

(4 – 3) اضطرابات الوجدان:

التذبذب في الحالة الوجدانية وفقا لما يحدث من تغيرات فيزيولوجية ونفسية يعد امرا طبيعيا بل وربما يكون امرا حيويا. وعندما لا يعكس المزاج هذه التغيرات بأن يظل ثابتا اما على مستوى عال جدا كما هو الحال في الهوس. او على مستوى منخفض جدا كما هو الحال في الاكتئاب. او عندما يفشل في التحرك اي يصبح المزاج مسطحا فان الحالة الوجدانية هنا يشار اليها بأنها غير سوسة.

ويعتبر التخلف النفسي الحركي واحدا من ابرز مصاحبات حالات الاكتئاب حيث يحدث بطء في زمن الرجع. وعزوف عن الفعل وندرة فيما يتم من افعال. كما ان من المصاحبات الشائعة للتغير في الحالة الوجدانية سواء في اتجاه الارتفاع (الهوس) أو في اتجاه الانخفاض (الارق) حدوث الارق وفقدان الشهية وتناقص الدافع الجنسي. وقيام ظاهرة التفاوت النهاري Diurnal rhythm حيث تتحسن حالة المريض نحو المساء.

والانسان المكتئب لا يستشعر بالحزن فقط. وانما يصبغ هذا الحزن استجاباته للأحداث المختلفة وبخاصة تلك الاستجابات المرتبطة بنظرته لنفسه ولافعاله: فقد يشعر بعدم احقية لوضعه الحالي ولما هو محيط به، وقد يشعر بانه مسؤول عن اخطاء الاخرين. وبنفس الشكل فان الشخص الذي يعاني من الهوس فانه يعكس مشاعره بالاستخفاف وحسن الحال والسعادة على كل افعاله.

(4 – 4) اضطرابات الذاكرة The dysmnesic syndrome:

يعد اضطراب الذاكرة مرض شائع من امراض الدماغ. وتحدث كعرض عابر في العديد من الامراض التي تصيب الدماغ. مثل الشلل العام وتصلب شرايين المخ Cerebral arteriosclerosis والورم والتهاب الدماغ Encephalities واصابات الدماغ وغير ذلك. كما تشكل جزءا من حالة من الاضطراب الوظيفي للمخ. والتي تبدو في شكل قصور عقلي وهذيان وسبات او غيبوبة.

وتمر عملية التذكر في ثلاث مراحل هي: التسجيل Registration، والاحتفاظ Retention، والاستدعاء أو التعرف Recall ولكن عندما تكون هناك مشكلات في التذكر. فانه يصبح من الصعب ان نقرر في اي مرحلة من هذه المراحل الثلاث حدث هذا القصور.

وينظر الاكلينيكيون الى نواحي القصور في الذاكرة من جهتين هما:

1) فقدان ذاكرة لاحق Anterograde amnesia:

نعني بفقدان الذاكرة اللاحق: صعوبة تعلم مهارات جديدة وصعوبة الاحتفاظ بأحداث وقعت بعد بدء حالة فقدان الذاكرة. وقد اشار كورساكوف Korsakov الى هذه الحالة بفقدان الشخص لادراك الزمان والمكان والاشخاص مصحوبا بخلط وعدم قدرة على الاحتفاظ بالمعلومات. وغالبا ما يعاني المدمنون على المشروبات الكحولية والمرضى المصابون بأورام تتضمن البطين الثالث Third ventrical والمرضى الذين يعانون من التهاب السحايا الدرني Tuberculous meningitis من هذه الحالة.

ويمكن تصنيف فقدان الذاكرة اللاحق الى مجموعتين هما:

1. التعلم:

فقد لوحظ ان بعض مرضى المستشفيات ممن يعانون من فقدان مزمن للذاكرة ينكرون انهم كانوا في اجنحة المستشفى لأكثر من بضع ساعات. ومع هذا، فانهم يسلكون كما لو كانوا يعرفون بالضبط اين هم ذاهبون اليه وما يتوقعونه هناك. واذا ما طلب منهم ان يذهبوا الى فراشهم فانهم يفعلون ذلك دون الوقوع في اي خطأ.

2. التذكر:

فالتغيرات الرئيسية التي تحدث للذاكرة مع مرور الزمن هي:

- **الاحلال او الازاحة في الزمان والمكان Displacement in time and place**: فقد يتذكر الشخص انه قد زار مكانا معينا او قابل شخصا ما. لكن من الصعب ان يقرر متى تم ذلك وأين كان ذلك بالضبط.
- **الاسترجاع الجزئي Partial recollection**: فالشخص قد يتذكر بعضا من حدث أو مشهد وليس الحدث كله او المشهد كله.
- **التحريف Distortion**: حيث يميل الشخص عند تذكره لحدث او منبه معين ان يحرف منه.
- **التكثيف Condensation**: ذلك ان اجزاء من الخبرة الاصلية قد تترك كما هي. في حين يتم تغيير اجزاء اخرى. الى ان يتم تكثيف الخبرة الكلية في وحدة صغيرة ذات معنى.
- **الاغلاق Closure**: فقد تضاف اجزاء الى صيغة غير كاملة لكي تصبح مناسبة لأن تكون مقياسا للحكم.

2) فقدان ذاكرة سابق (تقهقر) Retrograde amnesia:

يمثل فقدان الذاكرة السابق صعوبة في استدعاء احداث سابقة على بدء حالة فقدان الذاكرة ويشتمل على الجوانب الرئيسية التالية:

- **فقدان الذاكرة السابق في حالة الأميزيا المزمنة**: فالمرضى الذين يعانون من اضطراب عضوي في الذاكرة غالبا ما يجدون صعوبة في تذكر الاحداث التي تسبق بدء حالة فقدان الذاكرة.
- **فقدان الذاكرة السابق عقب ارتجاج المخ في اصابات المخ**: وهذا لا يصاحب فقط الحالات المزمنة الثابتة. بل ان ثغرة في الاحداث الماضية قد يظل يعاني منها المرضى الذين تعرضوا لاصابات الدماغ ويستمر ذلك لمدة طويلة عقب تحسن كل الوظائف العقلية الأخرى. ذلك ان درجة فقدان الذاكرة تتفاوت تفاوتا كبيرا وفقا لمراحل المرض المختلفة.

هذا، وقد اشارت البحوث المتعلقة باضطرابات الذاكرة الى انه عندما يصل فقدان الذاكرة الى مرحلته الثابتة فان هناك درجة من بقايا قصور في الذاكرة خلال فقدان الذاكرة السابقة (التقهقرية) للخبرات الحديثة التي تسبق اصابة الدماغ. ويأخذ هذا القصور شكل ثغرة في الذاكرة، أو استرجاع غير دقيق وغير واضح أو اخطاء في تقدير الزمن. وكلما زادت درجة اصابة الدماغ شدة. كلما كان هناك احتمال بحدوث بقايا من قصور الذاكرة.

(4 – 5) اضطرابات الادراك الحسي:

عند حدوث تلف دماغي للشخص فان كثيرا من اضطرابات الادراك الحسي مصحوبة بقصور حسي تحدث لديه. وقد تحدث هذه الاضطرابات أيضا في حالة اداء الحواس لوظائفها كاملة.

وهناك انواع عديدة من اضطرابات الادراك الحسي من ابرزها: العمى البصري، والعمى السمعي، والعمى اللمسي، وآخر خاص بالاحساسات الباطنية (العضلية الوثرية المفصلية الاتزانية).

(4 – 6) اضطرابات المهارات الحركية:



غالبا ما تصاحب اضطرابات المهارات الحركية التلف المخي والتي ترتبط ايضا بكل من اضطرابات خاصة بالكلام والقراءة والكتابة. فنلاحظ على المريض عدم افتقاده كثيرا للقدرة على في حركة ساقيه او السيطرة عليها. وانما يبدو أنه قد نسي كيف يؤدي افعالا معينة. فاذا طلب منه مثلا ان يلمس أنفه فقد يلمس بدلا منه قمة رأسه أو أذنيه. وهم في حركتهم هذه يتعرفون على العجز الذي يصيبهم في قدرتهم على الأداء السليم لتلك الافعال. فيهزون رؤوسهم في حيرة من أمرهم. وعادة ما يواكب حيرتهم تلك حالات انفعالية معينة. ويقسم اسماعيل (2001) اضطرابات المهارات الحركية الى ثلاثة أنماط هي (Roediger III, 2007):

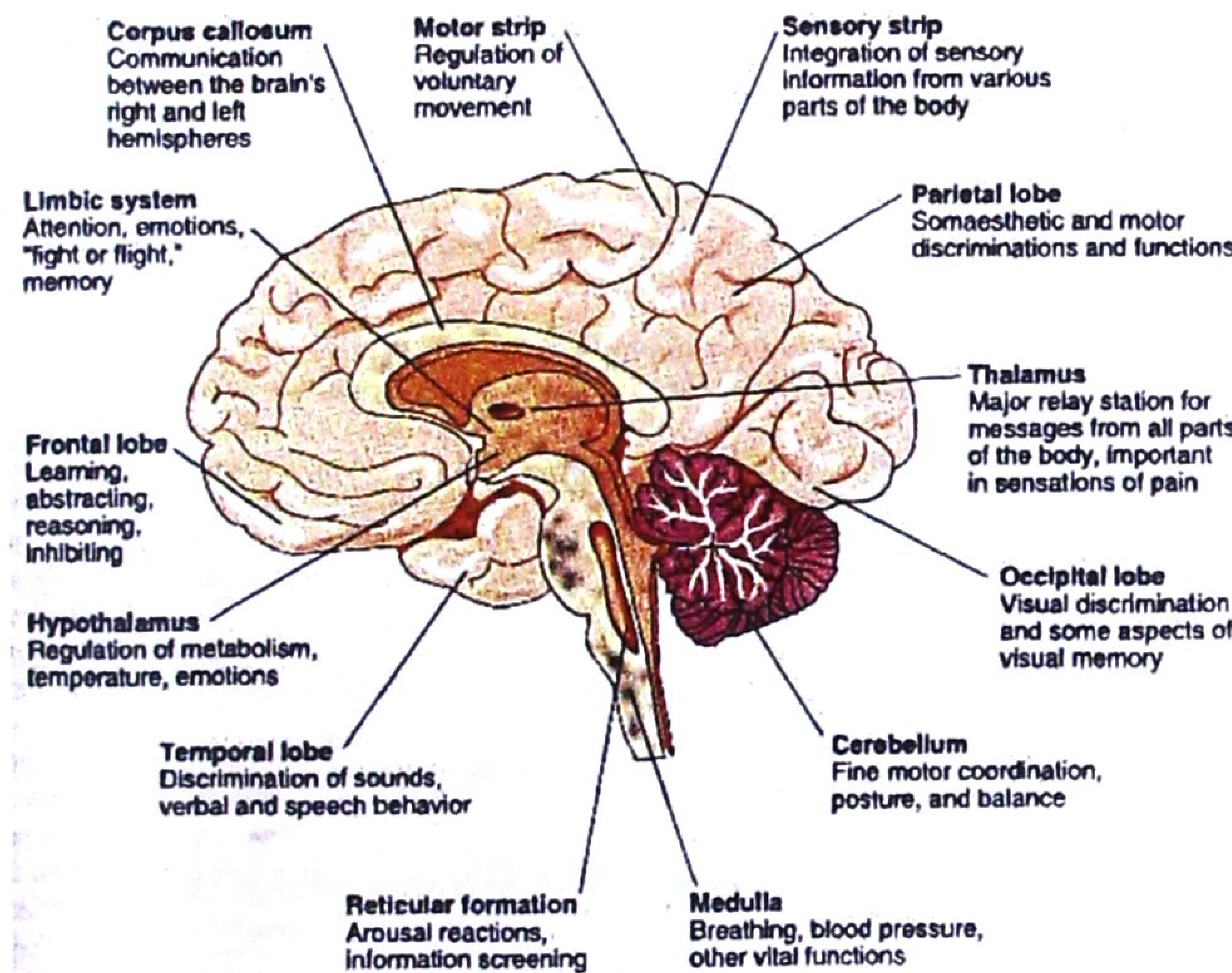
1. **الأراكسيا الذهنية الحركية Ideomotor apraxia**: ويشير الى الانفصال ما بين الفكرة الخاصة بحركة ما وبين القدرة على تنفيذها. وقد يمتد هذا النمط الى كل مهام الحياة اليومية.
2. **ابراكسيا ارتداء الملابس Dressing apraxia**: ويشير هذا النمط الى العجز في تنفيذ المهارات الحركية الخاصة بارتداء الملابس. ويعتبر هذا الاضطراب من اكثر صور الابراكسيا وضوحا والذي يجذب انتباه الملاحظ باعتباره عرضا منفصلا.

3. **الأبراكسيا التركيبية Constructional apraxia**: ويشير هذا النمط الى عجز المريض عن تنفيذ المهارات التي كان قد اكتسبها ومارسها في فترة سابقة من الزمن. وهي تمثل عجزا في القدرة على استخدام مهارات مكتسبة في مواقف جديدة. ويمكن الكشف عن هذا النمط من الاضطراب باختبارات القلم والورقة، أو اختبارات العصي، وقوالب الطوب، واختبار المكعبات.

(4 – 7) اضطرابات التعبير اللفظي:

تمثل اضطرابات التعبير اللفظي اختلالا في الوظائف اللغوية أو اضطرابات الكلام كنتيجة لاصابات دماغ المريض. وتحدث هذه الاضطرابات كذلك في حالات الاضطرابات العقلية أو وجود تلف بؤري في المخ. ويعاني المرضى الراشدون من اضطرابات عضوية في المخ. فيصابون باضطراب الكلام دون أنيصابوا ببكم كامل. وانما يحاولون تكرار الكلمات ويستخدمون بعض الكلمات في غير موضعها. أما في حالة كبار السن فهم يعانون في الغالب من حالة ذهان الشيخوخة أو فصام فيبدو اتصالهم بالاخرين مفصوما. وهذه الحالة تختلف من شخص لآخر بحسب تطور المرض لديه. ويتفاوت قصور النطق عند المريض من مجرد اندغام الأصوات الى تغير في نغمة الصوت الى عجز تام في تكامل ميكانزمات النطق اللازمة لأحداث الكلمات.

وترتبط اضطرابات التعبير اللفظي والكلام ارتباطا وثيقا بالتلف في نصف كرة المخ ذو السيادة. خاصة وان منطقة بروكا Broca's area هي التي تهتم بالتلفظ. وان الصعوبة في ايجاد الكلمات تحدث في الغالب بسبب التلف في الفص الصدغي Temporal lobe بالرغم من وجود بقايا من اللغة عقب استئصال كامل لنصف كرة المخ الأيسر لدى شخص يستخدم يده اليمنى(Carson, et al, 2007).



خامساً: التغيرات النفسية والاجتماعية المصاحبة لكبار السن:

اشار الباحثون الى عدد من التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والعصبية الجسمانية والنفسية التي تصاحب مرحلة الشيخوخة والتي تزيد من نسبة اصابة كبار السن بالاضطرابات النفسية من 20 – 30٪ خاصة اولئك الذين يعيشون في مؤسسات رعاية المسنين (الزبيدي، 2009). ومن ابرز الاضطرابات النفسية التي تصيب كبار السن حيث تتمثل الاضطرابات الذهانية في كل من الاضطراب الذهني وضلالات الاضطهاد والاضطرابات الوجدانية. وتمثل الاضطرابات العصابية اضطراباتالقلق والوساوس القهرية المختلفة وتوهم المرض وغيرها من الاضطرابات التي ترتفع نسبتها كلما قلت قدرة المسن على التكيف في الحياة العامة.

(5 – 1) نوعية الحياة:

أشار تايلر (2008) في معرض حديثه عن نوعية الحياة Quality of life انه لم ينظر الى نوعية الحياة على انها مسألة ذات اهمية سيكولوجية الا في وقت متأخر نسبيا. فقد ظلت نوعية الحياة تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة. وبوجود المرض دون اي اعتبار للعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض والعلاج. مشيرا في الوقت نفسه الى دراسة مشهورة حول فرط ضغط الدم. فقد وجد انه على الرغم من ان (100٪) من الاطباء اشاروا الى ان نوعية حياة مرضاهم تحسنت مع الاستعمال المنتظم لدواء ضغط الدم. الا ان الابحاث التي اجريت في هذا المجال تشير الى ان المرضى يدركون بعض الامراض ومعالجتها على انها قدر اسوأ من الموت. باعتبارها تهدد جوانب او نشاطات حيوية ومهمة في حياتهم.

هذا، وقد بدأ الاهتمام في الوقت الحاضر بالوظائف النفسية الاجتماعية باعتبارها جوانب مهمة في تقرير نوعية الحياة لدى المرضى ذوي الاعاقات. او اؤلئك الذين يعانون من امراض مزمنة. حيث ظهرت العديد من المقاييس التي تتمتع بالثبات والصدق وتستخدم بشكل واسع النطاق. مثل بروفيل اثر المرض Sickness impact profile الذي يقيس الاداء في ثلاثة جوانب رئيسية هي: الجانب الجسمي، والجانب النفسي، والجانب الاجتماعي بالاضافة الى النوم والطعام والترفيه. وكذلك قائمة راند للمسح الطبي RAND 36 – Item health التي تقيس الاداء الجسمي والاداء الاجتماعي. وقيود الدور التي تعزى الى المشكلات الانفعالية والصحة النفسية والحيوية والالم والادراك العام للصحة. كما ظهرت مقاييس عديدة لنوعية الحياة تم تطويرها من اجل امراض معينة كالسرطان مثلا. حيث تم تطوير قائمة المشكلات ذات الصلة بالسرطان ومقياس كارنوفسكي للاداء Kanovsky performance scale.

الا ان هناك اسبابا عديدة لدراسة نوعية الحياة عند كبار السن. ذلك ان تحديد تأثير المرض على النشاط المهني والاجتماعي والشخصي للمريض وعلى حياته اليومية من شأنه ان

يزودنا بأساس مهم للمعالجات التي تصمم لغايات تحسين نوعية الحياة. ويمكن لمقاييس نوعية الحياة ان تساعد في تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المرضى المصابين بأمراض من نمط معين. وان مثل هذه المقاييس يمكن ان تكشف عن وجود صعوبات جنسية مرتبطة بأنواع معينة من السرطان. او تكشف بأن الاكتئاب يرتبط بأنواع أخرى من السرطان. ثم ان الكثير من المقاييس التي اعدت لنوعية الحياة تتناول تأثير المعالجات على نوعية الحياة. ويشير تايلور (2008) في هذا الجانب ان مقاييس نوعية الحياة استطاعت قياس اثر المعالجات غير السارة والتعرف على بعض المتغيرات التي تضعف من التزام المريض بتلك المعالجات. ويمكن استخدام المعرفة بنوعية الحياة للمقارنة بين اساليب العلاج المختلفة واختيار الاسلوب الذي يكون له اجنى تأثير على نوعية الحياة. كما يمكن للمعلومات المتعلقة بنوعية الحياة ان تساعد اصحاب القرار على اختيار اساليب العلاج التي تزيد من فرص البقاء وتتيح للمريض في الوقت نفسه افضل نوعية حياة ممكنة.

(5 – 2) حاجات المسنين ومطالبهم:

اشار جلامسر (Glamser, 1981) الى عدد من العوامل الاساسية ذات العلاقة بالتوافق الايجابي للمسنين اشتملت على الآتي:

- الدخل الاقتصادي الجيد.
- مستوى متقدم من العلاقات الاجتماعية.
- مستوى جيد من الصحة الجسمية وعدم وجود اعاقة جسمية.
- التخطيط القبلي لمرحلة التقاعد.

وعرض هيلمز وتيرنر (Helms & Terner, 1999) حول مطالب مرحلة الشيخوخة بما يلي:

- التوافق مع الضعف الشامل للصحة العامة.
- التوافق مع التقاعد وتدني مستوى الدخل المطلوب.
- التوافق مع موت رفيق العمر (الزوج أو الزوجة).
- تكوين العلاقات الاجتماعية الجيدة.
- تطوير الادوار الاجتماعية وتنميتها لتتناسب والمستوى العمري للمسن.
- توفير الخدمات الصحية والمنزلية للافراد المسنين.

(5 – 3) النظريات الاجتماعية للكبر والرضا عن الحياة:

1) نظرية النشاط والفعالية Activity theory:

أشارت نظرية النشاط والفعالية Activity theory: (Baron & Kalsher, 2007) الى التناقض الذي يحدث في التفاعل الاجتماعي لدى المسنين. وقالت انه يعود الى نظرة المجتمع اليهم وتوقعاته منهم مما يمثل تعارضا لرغبات الافراد المسنين. وقد يجد المسنون مجالا للتفاعل الاجتماعي مع الاخرين اذا ما اتيح لهم ذلك. وان الهدف العملي لعلم الشيخوخة كما يراه هافجهرست (Havighurst, 1998) هو في مساعدة هؤلاء الافراد العيش بشكل افضل.

2) نظرية فك الارتباط والاعتزال The Disengagement theory:

تشير نظرية فك الارتباط والاعتزال The Disengagement theory (Gibson, 2005) الى ان الفرد المسن يعتبر اقل اندماجا في الحياة العملية. مما كان عليه عندما كان في سن اصغر. وما الشيخوخة سوى عملية تراجع من النظام الاجتماعي الذي ينتمي اليه الفرد. بحيث يبتعد عن بعض فئات المجتمع الواحد ليبقى قريبا من بعضه الآخر. بحيث يساعد هذا التوجه نحو تمركز المسن حول ذاته. وزيادة في نقد ذاته. وبالتالي، فانه يستبدل توازنه السابق (وهو في سن الشباب) بينه وبين مجتمعه بتوازن جديد يستبدل فيه العلاقات السابقة بعلاقات ذات شكل ونمط جديدين. ومن هنا يتجه المسن نحو مرحلة الانفصال الكامل بينه وبين مجتمعه. ويحول قدراته نحو حياته الذاتية. وذكرياته وخيالاته وصورته عن ذاته. وما حققه من انجازات خلال مراحل حياته التي مر بها.

وفي دراسة مستعرضة لوليم هنري استنادا الى بيانات ميدانية لعينة من كبار السن تراوحت اعمارهم بين (70 – 74) في مدينة كنساس بالولايات المتحدة الامريكية قدم تفسيرا نظريا شاملا للطبيعة الاجتماعية والنفسية لعملية الكبر. وارسى قواعد نظريته في فك الارتباط والاعتزال Disengagement theory والتي تضمنت المبادىء التالية في احداث التوافق لدى كبار السن:

- ان عملية فك الارتباط حتمية وعالمية. وهي تحدث في كل زمان ومكان عبر الثقافات وانها لا بد ان تحدث في حياة الشخص يوما ما.
- ان كلا من الفرد والمجتمع يسافيد من انسحاب كبار السن من بعض الادوار الاجتماعية
- ان الاعتزال وفك الارتباط يخدم الوظيفة النفسية لكبار السن. حيث يسمح لهم بتقليل فعالياتهم التي تتضاءل نتيجة للانحطاط العام والتراجع في القدرات العامة

- تخدم عملية فك الارتباط الوظيفة الاجتماعية. بحيث تفتح ادوارا اجتماعية امام آخرين وتؤدي الى انتقال القوة والمسؤولية من جيل الى جيل.

3) نظرية الاستمرارية The continuity theory:

وتشير نظرية الاستمراريةThe continuity theory (Atchley, 2005) الى ان المسنين يتغلبون عادة على مشكلاتهم الناتجة من التقدم في العمر بزيادة الفترات الزمنية التي يستخدمونها في لعب ادوار خاصة في مراحل حياتهم المبكرة. كقيام استاذ الجامعة المتقاعد مثلا بزيادة فترة الانشغال في تأليف الكتب الدراسية. أو استغلال المرأة معظم وقتها في رعاية شؤون المنزل.

ويؤكد بيك Peck (Gibson, 2005) على ثلاثة قضايا رئيسية في التوافق النفسي عند المسنين:

وتشير القضية الاولى الى تميز الانا مقابل الانشغال بدور العمل Ego differentiation Vs work – role perceptionذلك ان احد متطلبات النجاح للتوافق مع التقدم في العمر. يكون من خلال منظومة متنوعة من النشاطات ذات القيمة والمساهمات الذاتية القيمة التي تقدم للمسن نوعا من الرضا والسعادة والاحساس بالقيمة الذاتية له.

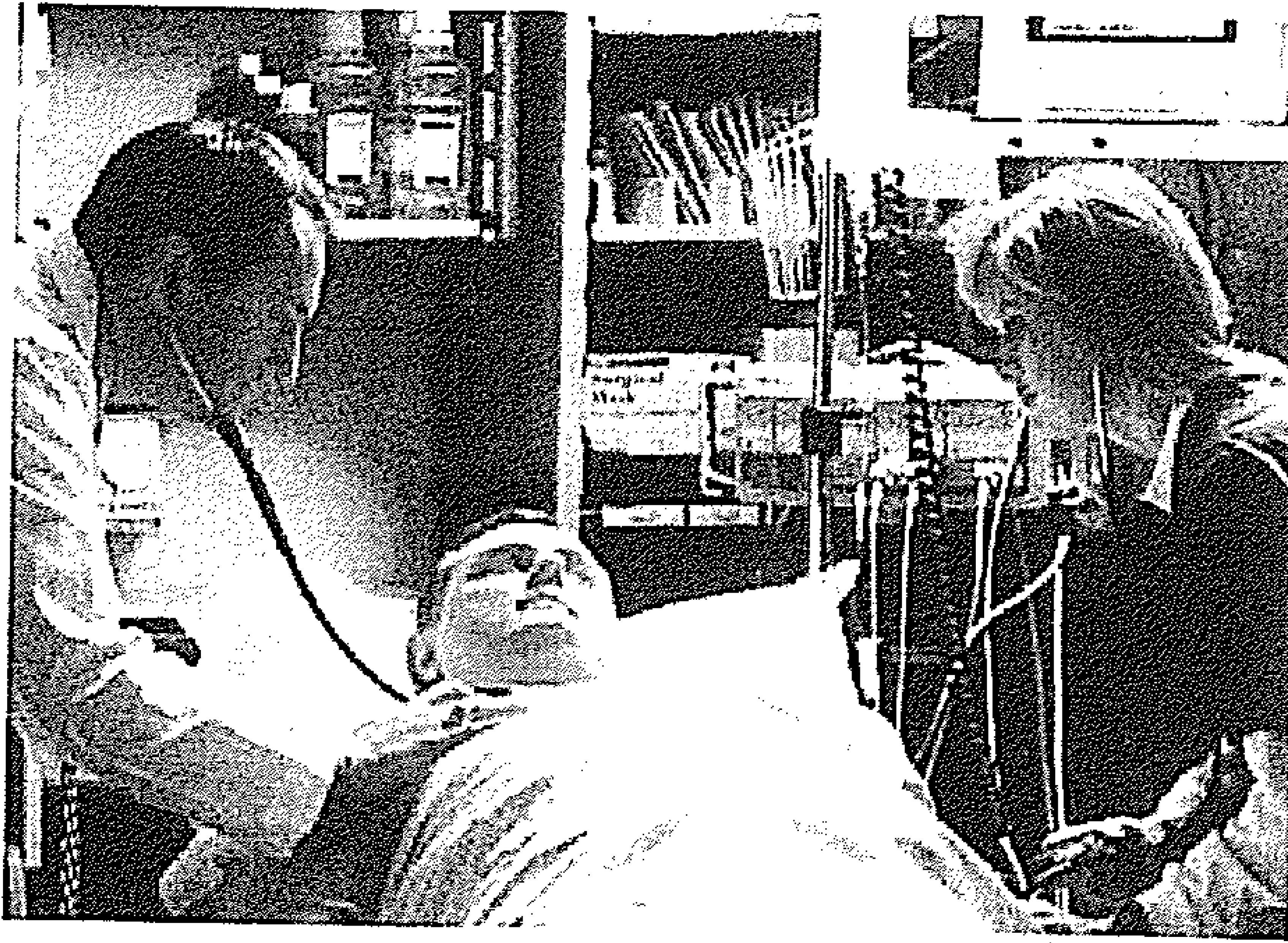
بينما تشير القضية الثانية الى السمو عن المشكلات الجسمية مقابل الانشغال بها Body transcenddence Vs body perception وهو في هذا الصدد يتناول نوعين من المسنين: نوع تعني لديه السعادة والراحة أن يكون بصحة جسمية جيدة بحيث يجلب اليه التدهور الصحي والالم والأسى. ونوع آخر يعاني من الآلام الجسمية. لكنه يتمتع بشكل واضح بالحياة. ويعتقد بيك Peck أن هذا النوع قد يكون تعلم السعادة والراحة من خلال اتباعه للعلاقات الانسانية والنشاطات الابداعية ذات الطبيعة العقلية التي يتدخل فيها تدهورهم العقلي فقط دون ان يعطلها. ويرى انه بالرغم من هبوط مستوى الاداء الجسمي للفرد المسن. فان الاعتبارات الخاصة بالطاقة الاجتماعية والعقلية يمكن زيادتها بزيادة مستوى العمر لدى الكثير من الافراد.

أما القضية الثالثة فتشير الى السمو بالذات مقابل الانشغال بها Ego Transcendence Vs ego preoccupation باعتبار أن التكيف مع احتمالات الموت قد يكون اكبر انجاز يحققه الفرد في حياته المتأخرة فالأفراد المسنون الذين يحققون نجاحا في حياتهم المتأخرة هم الافراد الذين ينشطون بهدف السموز فيندمجون كلية مع المسنقبل ويقدمون جهدهم ليجعلوا العالم عالما سعيدا بالنسبة لاسرهم.

سادساً: الأمراض الجسمية لكبار السن:

تمثل الشيخوخة فقدانا جوهريا او انحرافا سلبيا في القدرة الوظيفية مقارنة بمستويات الشباب الاسوياء. (Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2002) وهي حالة يصبح فيها الانحدار في القدرات الوظيفية البدنية والعقلية للفرد واضحة يمكن قياسها ولها آثارها على العمليات التوافقية.

ففي سن الخامسة والستين من عمر الانسان ينتشر التلف الحسي والحركي. ويعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. وهنا يبرز الفارق الجوهري في تحول النمو الانساني في الاتجاه العكسي. فبينما كان النمو في المراحل السابقة يتجه نحو التحسن والترقي والتنمية بمعدلات مختلفة. فانه مع بدء الشيخوخة يبدأ التدهور بمعدلات بطيئة في البداية ثم يتسارع هذا المعدل تدريجيا حتى يصل الى أقصاه في طور الشيخوخة (أرذل العمر). وتبدأ الأمراض الجسمية تظهر عليه بشكل متسارع نتيجة المقاومة الضعيفة أو الاستعداد الوراثي لديه. ويمكن ان تزيد الخطورة في حدوث أمراض في أواخر العمر من خلال تلوث البيئة أو حصول العدوى.

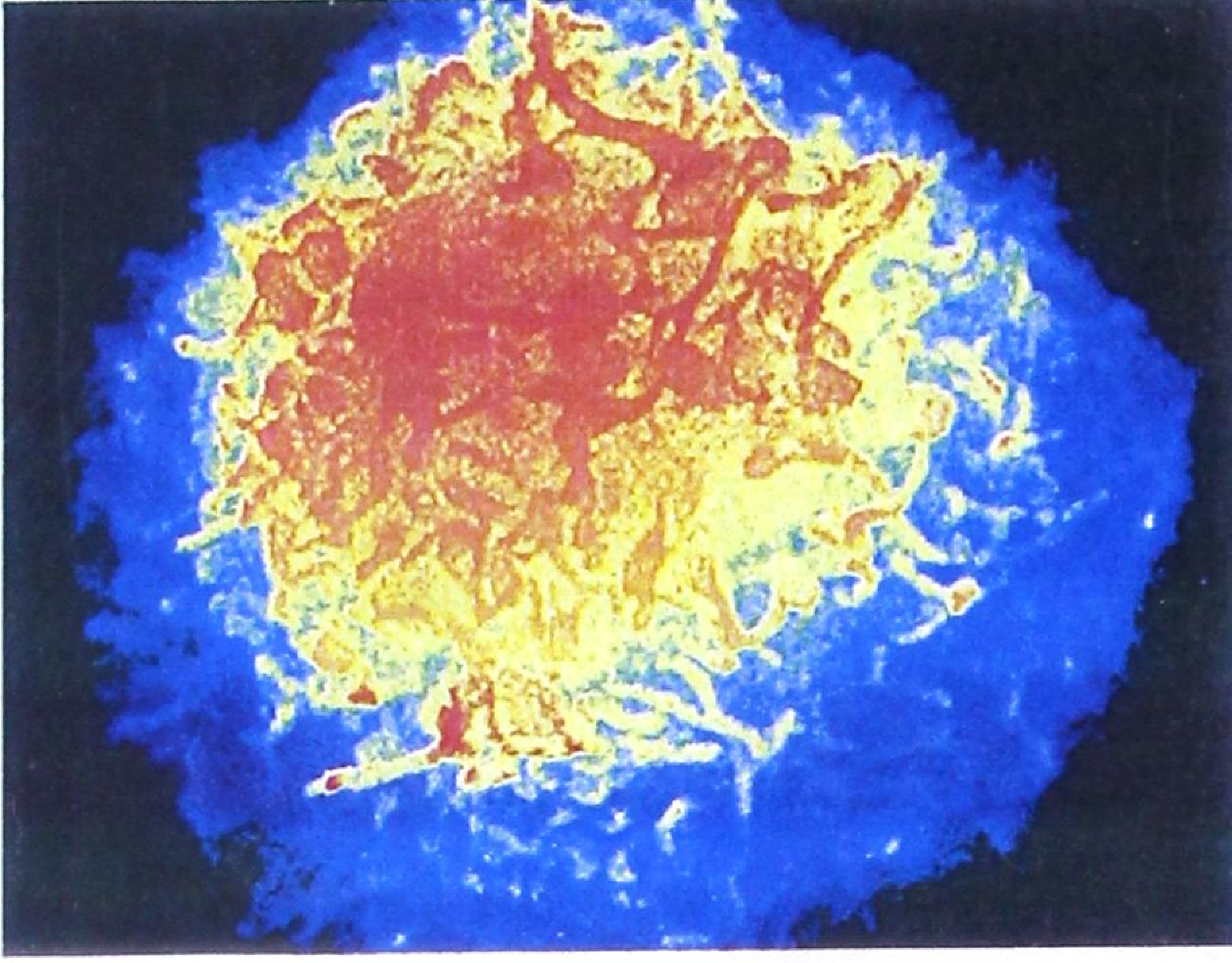


ان فقدان الوظائف الجسمية الأخرى مثل هشاشة العظام يمكن ان يضع الشخص المسن في خطورة أعظم للتعرض لحوادث عرضية أو جروح جراء السقوط أو غيره. وان عددا من العوامل الديمغرافية الاجتماعية مثل الفقر ومستوى التعليم والعرق والجنس لها علاقة بالاحداث المتزايدة للمرض واعتلال الصحة. ويمكن أن تؤثر الضغوط النفسية في قدرة الشخص المسن على مقاومة الاصابات المرضية والعدوى او التلاؤم مع المرض طويل الامد.

(6 – 1) الأمراض المزمنة الشائعة بين كبار السن:

يتعرض المسن للعديد من الأمراض المزمنة الخطرة على حياته من ابرزها:

1) امراض القلب والأوعية الدموية Cardiovascular Disease:



ان امراض القلب والأوعية الدموية من الأمراض الأكثر انتشار بين الناس وهو سبب رئيسي لوفاة الشخص خاصة ممن تزيد أعمارهم عن 65 سنة. ويتحدث الأطباء عن تضيق الشرايين للأوعية الدموية بمرور الزمن من خلال ترسبات للدهون على الطبقة المبطنة للجدار الوعائي. مما يؤدي الى تغير في عضلة القلب ويؤثر في قدرتها على ضخ الدم وانتظام تقلصها وينعكس سلبا على أجهزة الجسم المختلفة بسبب اختلاف كمية الدم الواصلة الى كل منها.

وهناك عوامل مختلفة قد تسبب ارتفاعا في ضغط الدم مثل التقدم في العمر والجنس والضغوط النفسية والوراثة والعرق والغذاء خاصة تلك المواد الغذائية التي تزيد نسبة الأملاح فيها. والسمنة. الا ان كثيرا من حالات ضغط الدم المرتفع غير معروفة الأسباب. واذا ما ترك ارتفاع ضغط الدم دون علاج. فان ذلك يسبب ضررا في القلب وفي أعضاء الجسم الأخرى. ويمكن علاج ضغط الدم دوائيا والاقلال من نسبة الملح في الغذاء وزيادة التمارين الرياضية والاقلال من الدهون وتجنب التدخين والإقلال من استهلاك الكحول.

2) مرض الأوعية الدموية الدماغية Ccerebrovascular disease:

يمكن أن يؤثر تضيق الشرايين في الأوعية الدموية المتجهة الى الدماغ. مما يزيد من خطورة حصول السكتة الدماغية أو إصابة الشرايين الدماغية بضرر. وتمثل السكتة الدماغية انقطاع التزويد الدموي للدماغ أو لمنطقة في الدماغ والتي تسبب ضررا للدماغ أو خللا وظيفيا أو موت خلايا الدماغ. الذي يقود الى الوفاة.

وهناك علامات تحذر من اقتراب حدوث سكتة دماغية وشيكة تسمى بالنوبة الخفيفة العابرة أو السكتة الصغيرة وهي عبارة عن انقطاعات صغيرة غالبا ما تستمر لبضع دقائق أو ساعات

قليلة فقط. وهناك اعراض مصاحبة لها مثل الضعف والدوخة أو الدوار والعتمة، والاضطرابات في الكلام وتغيرات في الشخصية أو تأثر. ويمكن تجنب السكتات الدماغية أو منعها عن طريق الاقلال من عوامل الخطر والمعالجة الدوائية لمرضى السكري والعلاج الدوائي لتخفيف الدم.

3) السرطان Cancer:

يعد السرطان من الأمراض الخبيثة التي تؤدي الى الموت بين كبار السن. كما يشكل سببا رئيسيا من الامراض التي تؤدي الى الوفاة. وهو على أنواع مختلفة مثل سرطانات الرئة والقولون والمستقيم والمعدة والبنكرياس والبروستات والثدي. ويعد سرطان الرئة الاكثر انتشارا بين كبار السن وسببا رئيسيا للوفاة نتيجة تناول التبغ الذي يعد مسؤولا عن أكثر من 90٪ من جميع سرطانات الرئة.

ويمثل سرطان القولون والمستقيم المصدر الثاني المؤدي الى الوفاة بين كبار السن. وان هناك عوامل تساهم في تكون سرطان القولون والمستقيم من ابرزها:

1. التاريخ الاسري للسرطان.
2. الالتهاب المستمر للقولون.
3. وجود زوائد في القولون.
4. الغذاء الذي يشتمل على كمية كبيرة من الدهون وقليلا من الالياف.
5. الجلوس المتواصل وقلة الحركة والنشاط.

وتحدث الاطباء عن علامات مميزة لحدوث السرطان هي:



1. التغيرات التي تحدث في وظائف الامعاء والمثانة
2. السعال المتكرر المزعج ترافقه البحة
3. افرازات المستقيم أو نزيفه.
4. ظهور ورم في الثدي أو في أي مكان في الجسم.
5. تقرحات في الجسم لا تلتئم.
6. صعوبة البلع أو الاضطراب المعوي.
7. تغيرات في الثآليل والشامات.

4) أمراض الإنسداد الرئوي المزمن:

ومع التقدم بالعمر تحدث أمراض تنفسية مزمنة وتراجعات في الوظائف الرئوية والقابلية الوراثية والتعرض مدة طويلة للمسرطنات البيئية والتي يعد التدخين سببا أساسيا يؤدي الى هذه الأمراض. بالاضافة الى جهاز المناعة الذي يساهم في زيادة نوبات الالتهابات التنفسية الحادة. والتي تقود في النهاية الى أمراض الرئة الانسدادية المزمنة.

ويتضمن العلاج التنفسي والعلاج الدوائي وتمارين التنفس والسيطرة البيئية لإقلال التعرض لتلوث الهواء وتعديلات نمط الحياة.

5) مرض السكري Diabetes Mellitus:

يحدث مرض السكري في العادة بسبب القلة في انتاج أو استعمال الأنسولين في العمليات الحياتية (الأيضية) من قبل خلايا الجسم. وهو على نوعين هما:

- السكري المعتمد على الأنسولين الذي يشخص عادة أول مرة في مرحلة الشباب.
- السكري غير المعتمد على الأنسولين ويحدث عادة في منتصف العمر وتزداد نسبة ظهوره بين الافراد مع التقدم في العمر.

أما الأعراض المصاحبة لمرض السكري فهي الشهية المتزايدة، والتبول المتزايد، وفقدان في الوزن، والاعياء والتعب والضعف والعطش الزائد والشفاء البطيء من الجروح. ويمكن التعامل مع مرض لسكري بتنزيل الوزن من خلال أغذية معينة قليلة السكر وغنية بالكاربوهيدرا والألياف النباتية من جانب آخر. والتمارين الرياضية الاعتيادية بالاضافة الى الأدوية والعلاجات التي ينصح بها الأطباء.

6) أمراض الهيكل العظمي:

تعد التهابات المفاصل وهشاشة العظام من الأمراض المزمنة التي تشيع بين كبار السن والتي تؤدي في الغالب الى نشاط وظيفي محدود بين كبار السن.

يتضمن التهاب المفاصل حالة انحلال والتهاب لأربطة وعظام جهاز الهيكل العظمي. وهو الأكثر انتشار لدى كبار السن ويحدث نتيجة تمزق الرباط الحامي للمفصل وتفاقم التهاب عظمة المفصل المرتبط بالتلف التدريجي مع التقدم في العمر. وانهاك وتمزق ناجم عن فرط الاستعمال والجروح والبدانة والاستعداد الوراثي. ويمكن علاج التهاب المفاصل بالراحة والتمارين الرياضية ومسكنات الالم بالاضافة الى الأدوية المضادة للالتهابات والكورتيزون. واجراء العملية الجراحية لاصلاح المفصل وتصحيح التلف الحاد والتشوه.

أما هشاشة العظام فيشير الى نقصان الكتلة العظمية المرتبط بالعمر وبنسب متسارعة مما يتسبب ضعفا بنائيا خطيرا بحيث يصبح العظم عرضة للكسر. ذلك ان نقص كثافة العظم يؤدي بالضرورة الى ضعف العظام وتناقص طولها مع ظهور التحدب والام الظهر مع التقدم في العمر. وتظهر أعراضه بصورة كسور في العظام المنبسطة (الحوض) والفخذ والعمود الفقري والأضلاع. وهو على نوعين: الهشاشة التي تحدث عند النساء في فترة ما بعد انقطاع الطمث. والهشاشة المرتبطة بالتقدم في العمر وغالبا ما يحدث لكلا الجنسين بعد سن 70 سنة.

7) **أمراض الجهاز البولي والتناسلي:**

تحدث أمراض الجهاز البولي والتناسلي لدى الفرد وتزداد تأثيراتها مع التقدم في العمر نتيجة للتدهور التدريجي في جهاز الافراز. حيث يؤثر تضخم البروستات في عمل التبول بسبب التلاصق التشريحي للبروستات مع الجزء الاول من الإحليل. فيحدث تقطعا عند بدء التبول وقوة متناقصة لتدفق البول. وتكرار متزايد لمرات التبول. ونقص في كمية البول، وضعف في القدرة على افراغ المثانة بصورة كاملة.

ويزداد العجز المزمن للتبول مع التقدم في العمر وتختلف نسبة الحالات بين الاشخاص الكبار المودعين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية مقارنة بأولئك الموجودين في المستشفيات أو في دور التمريض. وهو على اربعة انواع هي:

1. **العجز الناجم عن الضغوط:** ويحدث حين يتوافق تسرب غير مسيطر عليه من التبول مع حالات العطاس او السعال او الضحك او رفع الاثقال او اجراء تمرينات رياضية.
2. **العجز الناجم عن امتلاء المثانة:** وغالبا ما يؤثر تضخم البروستات في القدرة على الاحساس بالمثانة حين تكون ممتلئة. مما يؤدي الى عجز الضبط فيتسرب قدرا صغيرا من البول.
3. **عدم السيطرة الناجم عن الالحاح:** ويحدث حينما يعاني الفرد الحاحا لأن يتبول. وغالبا ما يرتبط ذلك باختلالات عصبية مثل الجلطة أو العنة أو الالتهابات.
4. **عدم السيطرة الناجم عن عدم الرغبة في التبول بصورة طبيعية:** وهذا النوع يسمى بسلس البول الوظيفي.

(6 – 2) الأمراض الطارئة عند كبار السن:

ان اكثر الأمراض الطارئة حدوثا لدى كبار السن هي الاصابة بالانفلونزا وذات الرئة والحوادث والجروح.

ويعاني كبار السن من امراض والتهابات نتيجة نقص في جهاز المناعة مع التقدم في العمر مما ينتج عنه مقاومة ضعيفة ومتناقضة للمرض أو الالتهابات وازدواجها مع حالة واحدة أو أكثر من الحالات المزمنة. وتعد أمراض الجهاز التنفسي خاصة ما يتعلق منها بحالات البرد الشائعة والانفلونزا وذات الرئة هي أمراض حادة مفاجئة وطارئة مهمة تزداد خطورتها مع التقدم في العمر حيث تؤدي الى الوفاة. ويمكن علاج ذات الرئة والانفلونزا بتلقيحات المناعة والمضادات الحيوية.

وغالبا ما يكون كبار السن عرضة للحوادث ويعانون جروحا أكثر حدة وألما نتيجة الضعف والفقدان الوظيفي بسبب التراجعات الطبيعية المرتبطة بالتقدم في العمر.

سابعاً: الأمراض النفسية لكبار السن:

(7 – 1) الاضطرابات المعرفية العضوية:

1) الاكتئاب Depression:

يعتبر الاكتئاب اكثر الاضطرابات النفسية انتشارا وهو الاضطراب الذي تظهر اعراضه لدى العديد من الافراد خاصة مع التقدم في العمر حيث تتراوح درجة الاكتئاب من الاكتئاب البسيط الى الاكتئاب الشديد جدا. بحيث يشمل بعض جوانب النفس والمزاج والافكار ويؤثر على الطريقة التي اعتاد عليها الفرد في الاكل والنوم. والطريقة التي يشعر بها تجاه نفسه والاخرين. بالاضافة الى الوحدة وخيبة الامل واليأس وعدم الثقة بالنفس وعدم الراحة الجسمية والارق، وعدم المشاركة او الاستمتاع في النشاطات الاجتماعية.

ويعاني الكثير من المكتئبين بشكل عام، من الآثار السلبية الناتجة عن هذه الحالة الانفعالية، فتبدو عليهم أعراض اكتئابية، مثل التعاسة والضيق، وفقدان الأمل وتدني مفهوم الذات، والقلق والتوتر والحزن، ومشاعر كراهية الذات والشعور بعدم الكفاءة، وغيرها من الأعراض السلبية التي تؤدي إلى الانحدار، والشعور بالفراغ الداخلي وعدم الأهمية.

ويعرف بيك Beck، الاكتئاب على أنه اضطراب انفعالي، يتميز بتدني مزاج الفرد، وظهور تغيرات نفسية وجسدية تؤثر في الأداء. ويرى عبد الخالق (1999)، إن الاكتئاب هو حالة انفعالية عابرة، أو مستقرة، تتصف بمشاعر الانقباض، التي تتراوح بين الهم والغم والأفكار

الانتحارية. ويعرّف ستور (Store)، الاكتئاب، بأنه حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن أو الغم، وتأخر الاستجابة، والميول التشاؤمية، التي يمكن أن تصل بالفرد إلى حد الانتحار

ويرى عدد من الباحثين أن الاكتئاب هو نتيجة واضحة لنمط الحياة الذي يتبناه الفرد المتألم، ولنسق العمليات المعرفية الوسيطية التي تتطور عنده إذ يصبح بالتدريج محاصراً للتفكير بالألم فقط. وينتج عن هذه القيود في التفكير مشاعر عامة بالعجز وعدم القدرة على السيطرة. كما ينتج الاكتئاب من التفاعل بين الاضطرابات النفسية، والقيود السلوكية والتشوهات المعرفية. وهذا قد يفسر الارتباط بين الانفعالات وحالات القلق المتكرره والمستويات المرتفعة من ضغوطات الحياة التي يتعرض لها كبار السن الذين يعانون من الاكتئاب .(Smith, 2007; Rusu & Hasenbring, 2008)(Walker, Baber, Garber &)

وقد صنف كندال وهامين (Kendall & Hammen (1998، اعراض الاكتئاب الى فئات ثلاثة هي:

- **الأعراض المزاجية:** يتميز مزاج المكتئب بالحزن وعدم الاستماع وحدة الطباع.
- **الأعراض ذات العلاقة بالبنى المعرفية:** يتميز المكتئب بالتفكير السوداوي السلبي، وتضخيم كل ما هو سلبي، مما يدفعه إلى التشاؤم، ودحض كل ما هو إيجابي، والتقليل من شأنه، والشعور باليأس وضعف التركيز، وصعوبة اتخاذ القرارات.
- **الأعراض السلوكية والجسمية:** يتميز المكتئب بأنه صعب الإرضاء، لذلك لا ينخرط بسهولة في اية أنشطة، ويمكن أن يكون بطيء الحركة والكلام، وكثير التنهد، ميال إلى الانسحاب الاجتماعي والانعزال. ويمكن أن يظهر عليه، عدم انتظام في النوم والأكل، والشعور بفقدان القوة والإرهاق، والشعور بالضعف العام، وكذلك الشعور بالآلام والأوجاع في المعدة والرأس، وغيرها من أعضاء الجسم.

ولقد تعددت الاساليب العلاجية التي من شأنها المساهمة في خفض الاكتئاب. (Rathus, 2002) واثبت العلاج الجمعي للاكتئاب تطورا ملحوظا في مجال العلاج العقلاني – الانفعالي لدى المراهقين لما يحمله برنامج العلاج من خصائص مبنية على اساس نظري يفسر العوامل المختلفة للاكتئاب (الوراثية والبيئية) كما اظهرت الدراسات ان الافراد المكتئبين يظهرون ثلاثة اشكال رئيسة من الاعراض هي النموذج السلبي في التفكير الذي يشمل تدني مستوى تقدير الذات والافكار السلبية الهدامة. والتعزيز السلبي للاسباب. اما النموذج الثاني فيتمثل في صعوبات في العلاقات الاجتماعية مع الاخرين. ويمثل النموذج الثالث اعراضا سلوكية

اكتئابية كالارق وفقدان الشهية. وان البرنامج العلاجي الناجح هو البرنامج الذي يتعامل مع هذه الاعراض بنفس الدرجة.

2) الانتحار:

صاحب الانتحار الوجود البشري منذ البدايات الأولى للتاريخ حتى يومنا هذا، وفي معظم المجتمعات الانسانية ايا كان ترتيبها الزمني وموقعها الجغرافي يوجد بعض افرادها يقدمون على الانتحار. وتشير الاحصاءات الجنائية الى تزايد حالات الانتحار في معظم مجتمعات العالم يوما بعد آخر وبنسب متفاوتة بين مجتمع وآخر.

وكلمة الانتحار مشتقة من الكلمة اللاتينية Caedere بمعنى يقتل والاسم Sui بمعنى النفس او الذات. ونقلت بكاملها الى الالمانية Selb – mortem لتشير الى من يقتل نفسه. ويذكر المنظرون ان كلمة suicide كما هي معروفة الان دخلت اللغة الفرنسية على يد الاب دي فونتين لأول مرة في النصف الاول من القرن الثامن عشر. وفي اللغة العربية، فان كلمة الانتحار مشتقة من كلمة "نحر" اي ذبح وقتل. وانتحر الشخص اي ذبح نفسه او قتلها. وتحدث منجر عن الانتحار باعتباره فعل قتل الانسان نفسه بالطريقة التي يختارها سواء كان الموت الناتج عاجلا او آجلا. وفي هذا التعريف يخلط بين الانتحار وبين انواع أخرى من السلوك كالزهد والتنسك والتصوف والرهبنة عموما فضلا عن التضحية والاستشهاد. كما يشمل صورا من ادمان الخمر والامراض النفسية والعقلية. وازاء ذلك، فانه يمكن تعريف السلوك الانتحاري بأنه:سلسلة الافعال التي يقوم بها الفرد محاولا تدمير حياته بنفسه دونما تحريض من آخر أو تضحية لقيمة اجتماعية ما.

وقد تناول الباحثون في دراساتهم اتجاهين يتناول كل منهما المشكلة من زاوية تكاد تكون متغايرة تماما:

1. الاتجاه الفردي:

يشتمل الاتجاه الفردي على الدراسات التي اعتمدت على دراسة الحالة الفردية وتمثلها بحوث ودراسات الطب العقلي ودراسات التحليل النفسي والدراسات الاكلينيكية الاخرى. مركزين على وصف دوافع سلوك الفرد وديناميات شخصيته. دون الالتفات كثيرا الى اثر البيئة والعلاقات الاجتماعية او بالاكتفاء بالاشارة اليها اشارة ثانوية. وقد اقتصر هذا الاتجاه على تشخيص الحالات الانتحارية من نزلاء مصحات الامراض العقلية (الطب العقلي) ورواد عيادات التحليل النفسي. وكل من هذه الدراسات تقوم على دراسة تاريخ الحالة واستخلاص التفسير في ضوء دلالات خبرات الشخصية في اطار نظريات التحليل النفسي او الطب النفسي. ودراسات اكلينيكية أخرى وهي ما زالت حتى الان تعتمد على جمهور مماثل لجمهور الدراسات

التشخيصية. ولكنها تتسم بموضوعية أدق وتعرض ما توفر من استجابات الحالات على اختبارات موضوعية مقننة. تستند في تأويل الاستجابات الموضوعية الى مفاهيم النظريات التي يقوم عليها تصميم هذا الاختبار او ذاك.

2. الاتجاه الاجتماعي:

يشتمل الاتجاه الاجتماعي على الدراسات الاجتماعية التي تناولت المشكلة المشكلة من الزاوية المقابلة. اي في مظهرها الاجتماعي وشكلها الوبائي في المجتمع. من حيث مدى انتشارها في المجتمع والظروف المصاحبة لها أو المرتبطة بها. حيث بينت الدراسات على ان للاضطرابات العائلية وعدم مقدرة المراهق التكيف ضمن العائلة اثر كبير في تفكيره ومغامرته بالانتحار.

وقد بينت دراسات بارتر Parter لحالات عديدة من كبار السن الذين حاولوا الانتحار خطورة تجاهل المحاولة الاولى التي يقوم بها الفرد مشددا على ضرورة اعطاء الشخص الذي سبق وان حاول الانتحار اهتماما بالغا. وان تكرار المحاولة للانتحار يرتبط بالظروف المادية والاجتماعية المحيطة به.

وأوردت منظمة الصحة العالمية في تصنيفها التاسع للاضطرابات العقلية حالات الانتحار على النحو التالي:

1. الانتحار وتسميم الذات بمواد صلبة او سائلة: وتشمل المسكنات ومضادات الحمى الروماتزم، البربيتودات، المنومات، المهدئات، والعقاقير المؤثرة على العقل، والعقاقير والأدوي المحددة وغير المحددة، والمستحضرات الكيميائية او الصيدلانية المستخدمة لأغراض الزراعة والبستنة، المواد الاكالة والكاوية، الزرنخ ومركباته.
2. الانتحار وتسميم الذات بالغازات المستخدمة في المنازل.
3. الانتحار وتسميم الذات بغازات وابخرة أخرى.
4. الانتحار واصابة الذات بالشنق والخنق والاختناق.
5. الانتحار واصابة الذات بالغمر (الغرق).
6. الانتحار واصابة الذات بآلات قاطعة او ثاقبة.
7. الانتحار واصابة الذات بالقفز من اماكن عالية.
8. الانتحار بوسائل أخرى غير محددة.

بعض المراهقين ينجحون في محاولاتهم الانتحار والبعض الآخر يفشل في محاولته الانتحار وتشير الدراسات في هذا المجال ان من يحاول الانتحار مرة سوف يحاول الانتحار مرة ثانية وفي فترة قصيرة (عبد المعطي، 2003). وقد تم رصد ثلاثة انواع من محاولات الانتحار هي:

- **النوع المعتدل**: حيث يميل اصحابه الى استخدام جرعات زائدة من العقاقير
- **النوع المتشدد**: ويميل اصحابه الى استخدام طرق عنيفة من الانتحار بالاضافة الى تناول العقاقير الزائدة
- **النوع ذي التاريخ في المحاولات المتكررة للانتحار مع عدوانية زائدة**

وقد اشارت الدراسات والبحوث المتعلقة بالانتحار الى وجود اكثر من سبب تؤدي بالمراهق الى محاولة الانتحار (Blumenthal, 1990):

أ. الاضطرابات العائلية:

فالصعوبات الناجمة عن الاضطرابات العائلية تؤدي بدورها الى حدوث مشاكل وخلافات بين افراد العائلة ومشاجرات بين الوالدين او احدهما. وان فقد الثقافة التربوية لدى الوالدين وتحكم احد الاخوة باخوته الاصغر سنا وتشجيع بروز صفات الغيرة والحقد لدى البعض منهم كل ذلك يشجع الدافع الى الانتحار تماما كما يشجع الاصابة بالانحراف السيكوباتية.

ب. الاسباب المادية:

واحساس المراهق بالفقر وعدم توفر المال لديه ولدى والديه واسرته وشعوره بالاكتئاب والحزن والتفكير والعزلة والانزواء واصابته بالخجل والوساوس والمخاوف والانفعالات المضطربة.

ج. الصعوبات الدراسية:

وكذلك شعوره بأنه مهدد بالفشل في الدراسة. أثر كبير على نفسه وازدياد التفكير بالانتحار للخلاص من سوء حالته.

د. المشكلات العاطفية:

ولأن مجتمعنا لا يعامل افراده بالتساوي بين الجنسين ويحمل الفتاة مسؤولية اكبر من اخطائها وزلاتها المتعلقة بالجنس. لذلك فان الاضطراب العاطفي الناتج عن الانزلاق في المشاكل الجنسية تظهر اثاره بصورة اوضح وأخطر لدى الفتيات المراهقات منه لدى المراهقين.

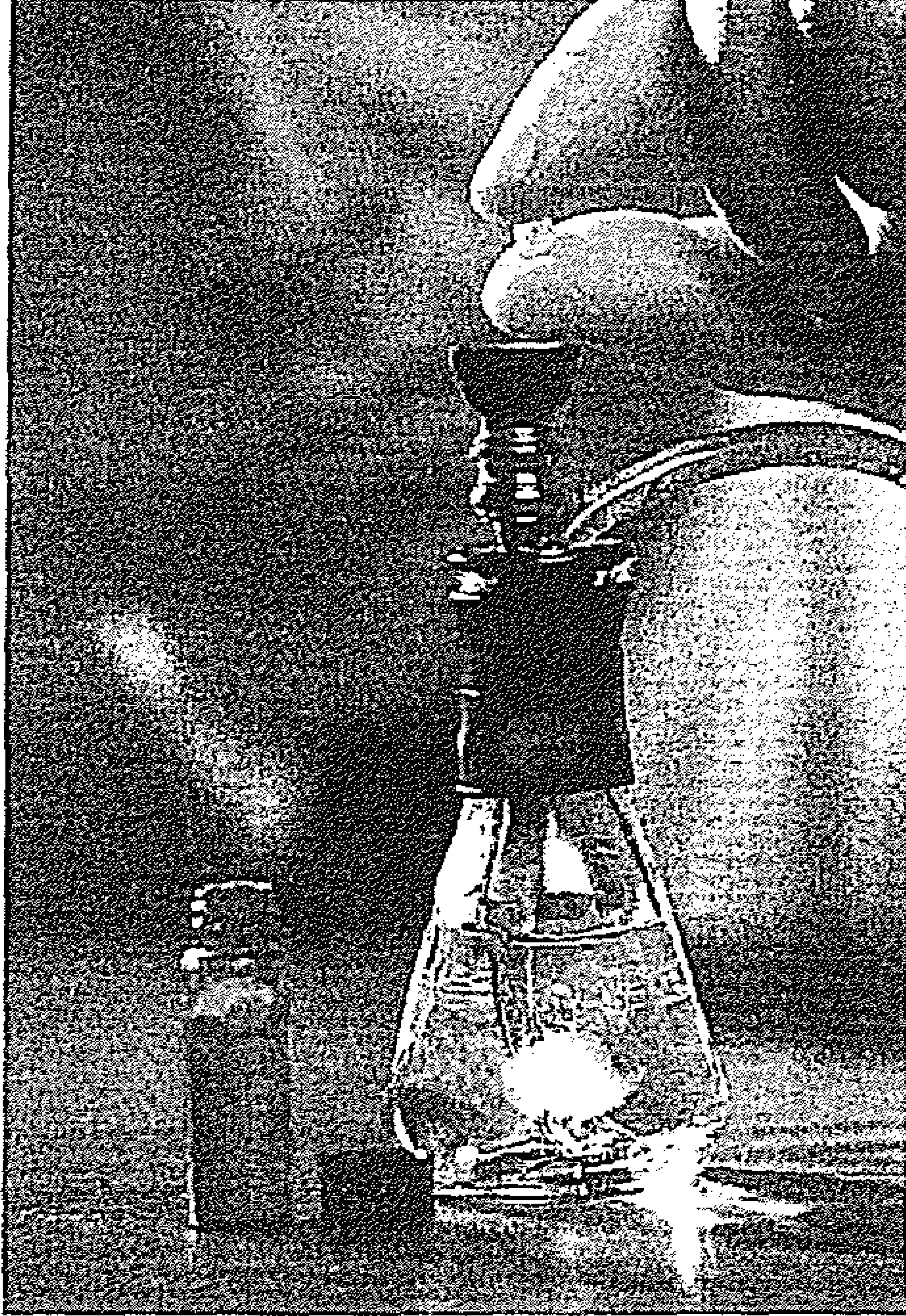
ه. ضعف الوازع الديني:

كما ان ضعف الوازع الديني لدى المراهق فانهم كثيرا ما يثورون ويغضبون عند مصادفتهم للمتاعب او المشاكل الصعبة او الضعف المادي او المشاكل العاطفية العائلية.

و. أثر الامراض النفسية الأخرى:

اشارت الدراسات الى انه من بين ثمانية عشر حالة من محاولات الانتحار ثمانية حالات كان يعاني اصحابها من اضطرابات نفسية. وان الانتحار كان عبارة عن ردود فعل تجاه هذا الاضطراب. وبين القوصي (1980) الى وجود بعض الصعوبات النفسية لدى بعض الاطفال تؤدي بهم للمغامرات في البحث عن الخبرة. بالتخريب كدافع لاشعوري يؤدي بهم الى اللذة والارتياح.

ز. ادمان الخمر والمخدرات:



ولا شك في تأثير الخمر والمخدرات على الفرد وعلى المجتمع. فالمدمنون على الخمر يكونون مشغولين عن تربية ابنائهم وتوجيههم الوجهة السليمة وان شغلهم الشاغل هو زجاجة الخمر التي يبحثون فيها عن الراحة المزعومة والشجاعة المفقودة والتخلص من الخيبة والتوتر والقلق او بالحبوب والحقن التي يفتشون بها عن سعادة خيالية كاذبة. مما يؤثر كل ذلك على نفسية الابناء ويجعلهم في صراع نفسي يسبب لهم الكره والحب في نفس الوقت الموجه نحو ابائهم المخمورين.

ح. توفر اسباب الانتحار:

اشارت الدراسات (Stephen, et al.; 2004) الى عدد من العوامل التي توفر لبعض الافراد محاولات الانتحار:

فالافراد الذين يعملون في المخدرات وفي صناعة وتحضير المواد السامة اقدر على الحصول على مواد الانتحار السامة من غيرهم. فاذا ما توافرت لديهم الاسباب الاخرى الدافعة للانتحار تكون الاداة اللازمة للانتحار متوفرة لديهم. وبينت الاحصائيات سهولة حدوث الانتحار لدى العسكريين الراغبين به اثر بعض الصدمات النفسية لتور بعض الاسلحة التي تساعدهم على ذلك. وان الانتحار لدى الراشدين والمراهقين اكثر منه لدى النساء والفتيات المراهقات. واكثر حدوثا بين البيض من الملونين. وان محاولات الانتحار الفاشلة والتي تعالج وتشفى ولا يحدث فيها الموت هي اكثر وجودا لدى المراهقين وصغار السن. وان الاوساط المتدينة يقل فيها الانتحار. وان البلدان المتمدنة والمتقدمةاقتصاديا تكثر فيها حوادث الانتحار نسبة لغيرها. وان المراهقين الذين

يحاولون الانتحار تتكرر لديهم المحاولة مستقبلا. وتزداد لديهم الاضطرابات النفسية والاجتماعية وان نسبة الانحراف والجرائم تكثر لدى محاولي الانتحار.

3) تدهور الجهاز العصبي في الشيخوخة:

تم استخدام مصطلح خبل ما قبل الشيخوخة من قبل بنزفانجر Binswanger عام 1898 للاشارة الى ما يحدث من تدهور للجهاز العصبي للشخص مؤديا الى الشيخوخة خلال أواسط العمر. وقد اشار جيرفز Jervis الى ان العمليات الأساسية في خبل الشيخوخة، وخبل ما قبل الشيخوخة تتمثل في ضمور الخلايا العصبية والالياف العصبية مع قدر من التغير في الخلايا الغرائية Glia cells وان الفروق بين الصور الاكلينيكية المختلفة انما ترجع الى عوامل تكوينية مختلفة أو عوامل غير ذاتية تتدخل في العمليات الاساسية لضمور الشيخوخة مؤديا الى مظاهرة المبكرة وصور الشيخوخة المحرفة.

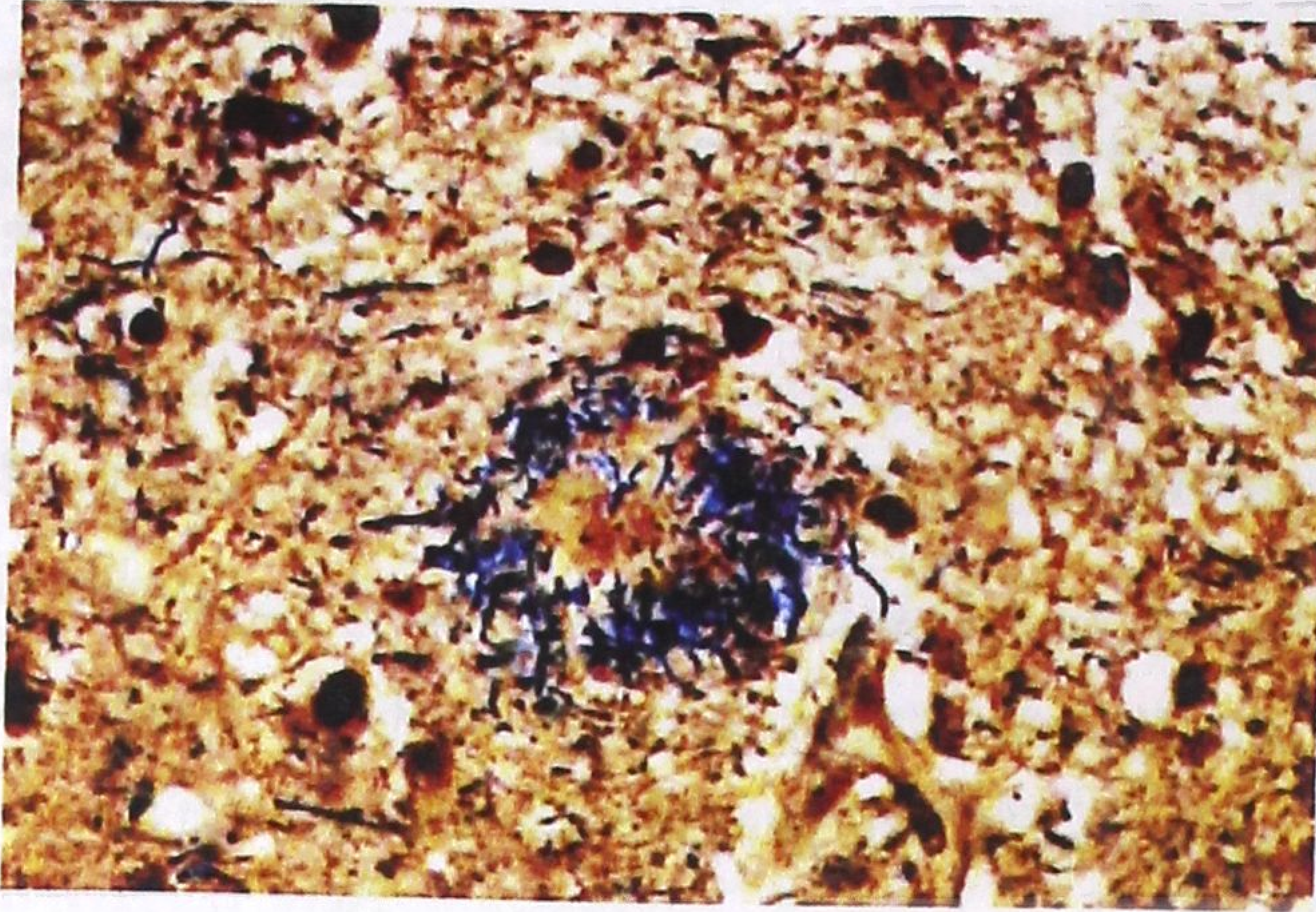


ان الامراض الرئيسية في خبل ما قبل الشيخوخة تتمثل في كل من: مرض بيك Picks Disease ومرض الزهايمر Alzheimers disease، ومرض جاكوب – كريتزفيلدتز Jakob Crentzfeldts Disease. وكذلك التدهور الوراثي للجهاز العصبي المسمى Huntington s chorea الذي يحدث في سن الشباب وأواسط العمر وله أوجه تماثل عديدة مع مجموعة الامراض السابقة. ويمكن للخبل الذي يحدث في اواسط العمر ان يعود الى اضطرابات معروفة مثل اصابات الزهري للجهاز العصبي والاورام المخية والمكسيديما Myxoedema. وتعتبر هذه الاضطرابات نوعا من الخبل الثانوي Secondary dementia في مقابل الخبل الاساسي أو الاولي Essential dementia.

1. مرض الزهايمر Alzheimers disease:

مرض الزهايمر مرض عضوي يصيب المخ فيما بين سن الاربعين والستين. وينتشر على مدى كبير من العمر. فقد يصيب الافراد في مرحلة الرشد. كما قد توجد في حالات نادرة في مرحلة الطفولة. وان كان عدد من الباحثين من يعتقد بأن هذا المرض لا يصيب الاشخاص في الاغلب قبل سن الاربعين.

وتشير الصورة الاكلينيكية لهذا المرض الى اضطراب شديد للذاكرة بحيث يعجز المريض ان يجد طريقه في داخل المنزل ويعاني من البلبلة، ولا يعي الزمان او المكان ويمر بفترات الخلط والهذيان مصحوب بالهلاوس. ويجد صعوبة في الكلمة المنطوقة. وتقوم اعراض هذا المرض بشكل خفي بحيث لا يتم التعرف عليه الا متأخرا. ويبدأ المرض عادة بقصور في الذاكرة بالنسبة للاحداث القريبة. وقصور في درجة كفاية النشاط المعتاد للمريض. فيضع المريض ممتلكاته في غير موضعها. وينسى مواعيده. ويكشف المريض عن نشاط زائد غير هادف في شيء من البلبلة والاضطراب. ويكون سلوكه متكررا نمطيا لا طائل وراءه. فهو يعمد باستمرار الى ترتيب ممتلكاته في اكوام ويعيد حزمها وفكها باستمرار. يفتح ويغلق النوافذ. ويعيد مرات ومرات جملا تعلمها في طفولته بصوت خال من التعبير. وتضعف قدرة المريض على الاحتفاظ بالانتباه. ويصبح اضطراب الذاكرة القريبة والبعيدة واضحا. ويصبح غير قادر على تسمية اقاربه المقربين له وينكص الى مرحلة من الطفولة المتصفة بقلة الحيلة التامة. ويصاحب هذه الاعراض حالة من الاعاقة البدنية مع عدم تآزر حركي وهزال وضعف بدني بحيث يصبح المريض مقعدا في الفراش.



2. مرض بيك Picks Disease:

هذا المرض يصيب الناس في المرحلة العمرية ما بين سن الاربعين والستين. وربما تحدث الاصابة في سن الخامسة عشرة. وتماثل الصورة الاكلينيكية لهذا المرض تلك الصورة القائمة في مرض الزهايمر خاصة في المراحل المبكرة منه. وتكون اعراضه عادة من نوع تلك الاعراض التي

تعتبر من خصائص الامراض العضوية بالمخ. أي في صورة اضطراب في الوظائف العقلية مع تغير في السلوك والحالة الوجدانية.

والمؤشرات الاولى لمرض بيك تكون في صورة اضطراب في الانتباه والتركيز مؤديا الى النسيان وفقدان الاهتمامات. والخلط بين الاشياء وفقدان التلقائية والمبادأة بحيث يحتاج المريض الى مساعدة في أدائه لمهام الحياة اليومية مثل ارتداء الملابس وتناول الطعام وغير ذلك. ويكون هناك نكوص الى مرحلة طفلية مع تقلب في المزاج ونمطية في السلوك والكلام ويفتقد تماما الوعي بالزمان والمكان. كما يفتقد الذاكرة للاحداث القريبة والبعيدة وتستمر حياة المريض عند مستوى آلي تماما. وتتصف المراحل النهائية لهذا المرض بضعف بدني وعقلي فيصبح المريض مقعدا في فراشه.

لاحظ ان هناك صعوبة في التمييز بين كل من مرض بيك ومرض الزهايمر. اذ يحدث كل منهما في فترة زمنية متماثلة من العمر. ويتقدم في اطار متماثل ويكشف عن اعراض متماثلة تقريبا.

3. مرض جاكوب – كريتزفيلدتز Jacob – Crentzfeldts diseaes:

مرض جاكوب – كريتزفيلدتز نوع من ذهان ما قبل الشيخوخة ويعرف بتسميات عدة حيث تحدث التغيرات في الجهاز العصبي بشكل منتشر متضمنة الطبقات السطحية او العميقة من لحاء المخ والعقد القاعدية Basal ganglia ولحاء المخيخ وغير ذلك من مناطق في الجهاز العصبي. ومن مظاهره الاكلينيكية القلق والاكتئاب. وحدوث تدهور متزايد للقدرات العقلية بما في ذلك الذاكرة والحكم والاستبصار مصحوبا بخلط في بعض الأحيان. وتكون المراحل النهائية لهذا المرض في صورة حالة من الخبل التام. وقد تحدث الوفاة على مدى عمري من سنتين الى خمس سنوات. ويصاحب المرض أعراض جسمية تتلخص في تعب وضعف بالساقين. حيث يجد المريض صعوبة في رفع ساقيه ثم يحدث بعد ذلك فقدان واضح في القدرة على الاتزان في المشي ويجد صعوبة في المشي...

4. مرض كوريا هنتنجتون Huntington Chorea:

وصف هذا المرض طبيب أمريكي هو جورج سمنر هنتنجتون George Sumner Huntington عام 1872 ويعزى الى أخوين مصابين بالمرض هاجرا من انجلترا الى الولايات المتحدة الامريكية عام 1630 ويفترض ان جميع المرضى الامريكيين المصابين بهذا المرض ينتمون الى سلالة هذين الاخوين. الا ان هذا القول غير صحيح. فقد تبين وجود حالات من هذا المرض في انحاء عديدة من العالم. كما ان هذا المرض يصيب الملونين ايضا. وتظهر أعراض هذا المرض بين سن الثلاثين والخمسين. وينصح المرض فيه احاطة الشريك بمعلومات وافية عنه والحصول على

موافقة تامة للزواج منه. وعلى الزوجين في هذه الحالة عدم انجاب اية ذرية. وتشير الحالة المرضية لهذا النوع من المرض الى وجود صفات وراثية سائدة لدى المريض وتميل شخصيته لأن تكون غير سوية بمقارنتها بالحالة التي لا تحمل الصفات الوراثية السائدة. ولذلك فانه ينتشر بين هذه الحالات ظواهر مثل الجريمة والادمان الكحولي بحيث تكشف هذه الحالات عن نفسها قبل ظهور الخصائص العصبية والاعراض المرضية العقلية بفترة من الزمن. كما يظهر على المريض اضطرابات سلوكية أخرى كالاندفاع. وانفجار الغضب والعنف والفوضى الجنسية. ويشير الباحثون في هذا المجال الى ان افراد العائلة الذين يظهر عليهم المرض يماثلون من حيث التكوين البدني وملامح الوجه الآباء أو الاسلاف ممن كانوا يعانون من المرض على النقيض من الافراد الاصحاء الذين يماثلون الاباء الاصحاء. كما يبدو على حالات هذا المرض الميل للانتحار. واحيانا ما يحدث الانتحار في وقت مبكر من العمر. وقبل ظهور المرض بوقت كاف قد يصبح المريض سهل الاستثارة متقلب المزاج سيء الطبع. شديد الحساسية مع ظهور معتقدات هذائية. وقد يصبح المريض في حالات أخرى خاملا بطيئا مع الاتساخ المتزايد. وقد تكشف الحالة عن نفسها عقب ضغوط بدنية حادة مثل العمليات الجراحية او عدوى حادة. او عقب التعرض لضغوط نفسية مثل وفاة قريب عزيز. كما قد تظهر على المريض الحركات اللاارادية في الوجه واليدين والكتفين. وقد تكون في صورة عدم سواء في مشيته بحيث تجلب الانتباه اليه. ويكشف المريض عن حالة من الخمول والفتور ويصبح تفكيره مشوشا ويشكو من الشعور بالغباء والبلادة والنسيان. سهل التشتت لا يمكنه التركيز فاقد المبادأة. وقد تنتاب المريض نوبات حادة من عدم الاستقرار وسهولة الاستثارة. ويميل لان يكون مشاغبا عنيفا اذا ما تمت استثارته. وتستغرق مدة المرض ما بين 10 – 15 سنة في المتوسط وغالبا ما تحدث الوفاة قبل بلوغ سن الستين.

(7 – 2) الاضطرابات العقلية والنفسية في الشيخوخة:

بالرغم من النظرة التفاؤلية التي تشيع بين عدد من الباحثين حول جدوى العلاج الذي يقوم به الاخصائيون للمسنين فان الاستجابات الاكتئابية والانفعالية وضطرابات الفكر والادراك الحسي هي امر شائع بين كبار السن. وقد تكون هذه الاضطرابات مصحوبة بأعراض من الاضطرابات العقلية ذات الاصول العضوية. أو قد تقوم بمفردها. وقد تكون الاضطرابات العقلية لدى المسن امتدادا لما حدث في مرحلة الرشد. أو قد تمثل عودة للظهور من تلك المرحلة. وربما يكون ظهورها لأول مرة.

هذا، ويمكن تصنيف الاضطرابات العقلية التي تحدث في سن الشيخوخة الى مجموعتين اساسيتين هما:

1) الاضطرابات الوظيفية:

تحدث هذه الاضطرابات في غياب أية دلائل على اضطرابات عضوية في المخ. وفي هذه النوع من الاضطرابات نجد ان كثيرا من المسنين غير مزودين – نسبيا – بامكانيات تتيح لهم مواجهة المشكلات التي تتراكم عبر السنين. كما تضم المجموعة أيضا آخرين ممن تواجههم مشكلات ضاغطة بشكل غير عادي بالرغم من كفاية تكوينهم النفسي. كما تضم عددا آخر ممن تكون انماطهم السلوكية التي عاشوها سنين طويلة. والتي لم تعد قادرة على الصمود في وجه المشكلات العديدة التي يثيرها الدخول في مرحلة الشيخوخة. ومن ثم يكشفون عن أعراض من اضطرابات عقلية واضحة. ومجموعة ثالثة من المسنين كانوا يعانون من بعض صور الاضطراب العقلي لم تكن واضحة بسبب صفات شخصية أو ظروف معينة.

أما الاستجابات النفسية الأكثر شيوعا لدى المسنين ممن يعانون من الاضطرابات الوظيفية. الاكتئاب المصحوب غالبا باتجاهات هذائية. وهذه الاضطرابات العقلية تماثل في طبيعتها ما يمكن ان يحدث لمن هم من غير المسنين. وتعد حالات الفصام وذهان الهوس – الاكتئاب من الاضطرابات الأكثر شيوعا بين المسنين كما يمكن لصور من القصور البدني والاجتماعي والاقتصادي أن تؤدي الى الذعر والغضب والاكتئاب بحيث تثير صورا عصابية حادة واضطرابات سلوكية. ويمكن لتلك الصور المرضية ان تصبح أكثر تعقيدا لدى المسن بسبب معاناة المريض في نفس الوقت من اضطرابات عضوية في المخ.

2) الاضطرابات العقلية الناتجة عن خلل عضوي في المخ:

الزملة المخية هي اللفظ الذي يطلق على مجموعة من نواحي القصور العقلي تعكس تلفا في المخ أو اضطرابا في وظيفته. وعندما يكون هذا العجز أمرا عابرا فان الحالة تعتبر حادة وتمثل اضطرابا مخيا يمكن مواجهته. ووفقا لتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي فان الزملات المخية هي اضطرابات عضوية تعود الى قصور منتشر في وظائف أنسجة المخ لأي سبب من الأسباب. وحتى يتم تشخيص الحالة بأنها زملة مخية. فانه لا بد من وجود تصور منتشر في أنسجة المخ.

وتنعكس هذه الاضطرابات فيما يسمى بالزملة المخية Brain Syndrome والتي يمكن تصنيفها الى مجموعات ثلاث:

- مرضى يعانون من زملة مخية حادة Acute brain syndrome وهي اضطرابات عقلية حادة عابرة. سببها عادة المرض البدني أو التسمم.
- مرضى يعانون من اضطرابات عقلية غير معقدة نسبيا الا انها تتخذ صفة الثبات والاستمرار. وهي الزملة المخية المزمنة Chronic brain suyndrome.
- مرضى يعانون من اضطرابات تكون فيها الزملة المخية المزمنة البسيطة أو المتوسطة مصحوبة بأعراض تعقد الموقف من اضطرابات الفكر او الوجدان. وهؤلاء عادة ما يتطلب الامر توفر بيئة تكفل لهم الخدمات الطبية النفسية بالاضافة الى صور الرعاية المختلفة.

ومن مظاهر الزملة المخية: اضطرابات الوعي بالزمان والمكان والاشخاص واضطرابات الذاكرة واضطراب في الوظائف العقلية الخاصة بالذكاء وضحالة او تنقل الوجدان. وهناك اعراض أخرى من المحتمل قيامها مثل التحول الانفعالي او الخفة الانفعالية Emotional lability والأعراض العصبية البؤرية مثل الابراكسيا (اختلال الوظائف التعبيرية الحركيةApraxia)، واختلال الوظائف اللغوية Aphasia عادات من الكسل والتراخي وعدم النظافة. والتبلد.

(7 – 3) الاضطرابات الذهانية:

وهي اضطرابات نفسية تتميز بعدم تكامل شخصية الفرد ويفقدان اختبار الواقع واضطراب الإدراك ونكوص السلوك والمحتوى العقلي المرضي وهي امتداد للاضطرابات الذهانية التي تصيب الراشدين. ويندرج تحت هذا النوع من الاضطرابات: خبل الشيخوخة وما قبل الشيخوخة، الذهان الكحولي، الاضطراب الذهاني المرتبط بعدوى المخ، الاضطراب الذهاني المرتبط بالزهري، زهري المخ والسحايا أو الشلل العام، زهري الأعصاب السحائي والأوعية الدموية، التهاب المخ الوبائي، التهاب المخ في حالة الأنفلونزا، التهاب المخ في حالة الحمى الروماتزمية. والاضطراب الذهاني المرتبط بأمراض أخرى في المخ. ويندرج تحت هذا النوع من الاضطراب: الاضطراب الذهاني في حالة تصلب شرايين المخ، الاضطراب الذهاني المرتبط بضغط الدم المرتفع، الاضطراب الذهاني المرتبط بالصرع. وكذلك الاضطراب الذهاني المرتبط بحالات جسمية أخرى. ومنها :الفصام، والاضطرابات الذهانية الانفعالية ومنها اضطراب الهوس الاكتئابي، الذهان الانتكاسي، ذهان البارانويد، اضطرابات رد الفعل الذهانية:

(7 – 4) الاضطرابات العصابية:

الاضطرابات العصابية هي مجموعة اضطرابات تنشأ من المحاولة التي يبذلها المريض لمواجهة المشاكل النفسية الداخلية والمواقف الخارجية الصعبة التي لا يستطيع المريض السيطرة عليها دون توتر أو دون الأساليب النفسية المضطربة التي يسببها القلق الناشئ عن الصراعات. ومن الاضطرابات العصابية عصاب القلق، عصاب المخاوف، عصاب الوسواس القهري، عصاب الهستيريا، الاكتئاب العصابي، النيوراستينيا، عصاب توهم المرض، وعصاب انعدام الذاتية

ثامناً: الرعاية الصحية والخدمية للمسنين ورعايتهم:

اهتمت الدراسات والبحوث المتعلقة بالشيخوخة بشتى جوانب الحياة المتعلقة بالمسنين سواء اشتملت هذه الجوانب على الخصائص والسمات الجسمية والانفعالية والاجتماعية. او ما تتركه رعاية المؤسسات الرسمية وغير الرسمية لهم من أثر في التخفيف من حدة المشكلات التي يعانون منها كلما تقدم بهم العمر.

فقد القى بيراردو (Berardo, 1967) الضوء على مستويات التوافق الاجتماعي لدى المترملين من الجنسين وحدد هذه المستويات بمتغيرات كل من: الظروف والاحوال الاقتصادية، وشروط الحياة، واستخدام الوقت، والانعزال الاجتماعي، والعلاقات الاجتماعية وتكوين الصداقات، والمشاركة الاجتماعية. وبين في دراسته الى ان اتجاه المترملين الذكور نحو العزلة يفوق بكثير اتجاه المترملات نحوه. وان الذكور اقل من الاناث في الاكتفاء الذاتي مشيرا في هذا الصدد الى ان 9 مترملات من كل 10 يعشن بمستوى متدن من الدخل بحيث لا يزيد المصروف السنوي لدى الواحدة منهن عن 3000 دولار وهن يعتمدن على المساعدات المالية التي تقدم لهن من الغير. كما انهن أكثر اهتماما وتقبلا بالمشاركة الاجتماعية من المترملين. وأشارت هيرلوك (Hurlock, 1980) الى الآثار التي تحدث نتيجة التغير السريع في الدور مستخدمة في ذلك مصطلح أزمة الهوية Identity Crisit للدلالة على تلك الآثار. وأكد فنجلر (Fengler, 1979) الى ان الزوج يحصل على مكانته الاجتماعية من خلال دوره مكصدر للرزق. وان الكثير من أنشطته وصداقاته التي يبنيها مع الآخرين ترتبط ارتباطا مباشرا بعمله. وعندما يفقد ازاء هذا التقاعد في غاية الأهمية في تضاعف مشاكله او في التخفيف عنه من ضغوط هذا الدور. ويمكن تلخيص المشكلات الشخصية التي تنتج عن التقاعد بالنقاط الرئيسية التالية:

- حدوث نوع من العزلة الاجتماعية مما يصبح لزاما على المتقاعد البحث عن وسيلة يوجه بها نفسه، وينمي بعض مهاراته الاجتماعية الانفعالية Social emotional skills.

- فقدان المكانة الذاتية Status Identity فالوظيفة تمنح الفرد هيبة ومكانة امام زوجته وابنائه. وهذه الهيبة تضعف بالتقاعد.
- فقدان الجماعة الخاصة بالعمل Peer group التي يرتبط الفرد معهم من خلال العمل. تضعف هي أيضا بالتقاعد.

واشار اتشلي (Atchley, 2005) الى ان التقاعد قد يكون مقبولا من الزوجين اذا كانا يتمتعان بصحة جيدة ووضع اجتماعي واقتصادي متوسط أو عال. وقد يكون غير مقبول وله آثاره السلبية اذا كان الزوجان ممن ينتمون الى الطبقات الدنيا.

وللتقاعد تأثيراته على الأدوار الاجتماعية لأسباب عديدة من ابرزها:

- ان التقاعد يوفر الوقت (بسبب الانقطاع عن العمل) مما يمكن المتقاعد من أداء بقية الأدوار.
- ان التقاعد يغير من القدرة الاقتصادية للمتقاعد. وهذا يؤثر سلبا على قدرة المتقاعد على القيام بالأدوار الاجتماعية الأخرى.
- ان التقاعد في حد ذاته يغير من طريقة أداء المتقاعد لأدواره الأخرى.

وقد أشارت الدراسات والبحوث المتعلقة بالشيخوخة الى عدد من العوامل الأساسية ذات العلاقة بالتوافق الايجابي للمسن اشتملت على الآتي (Glamser, 1981):

- الدخل الاقتصادي الجيد.
- مستوى متقدم من العلاقات الاجتماعية.
- مستوى جيد من الصحة الجسمية وعدم وجود اعاقة جسمية.
- التخطيط القبلي لمرحلة التقاعد.

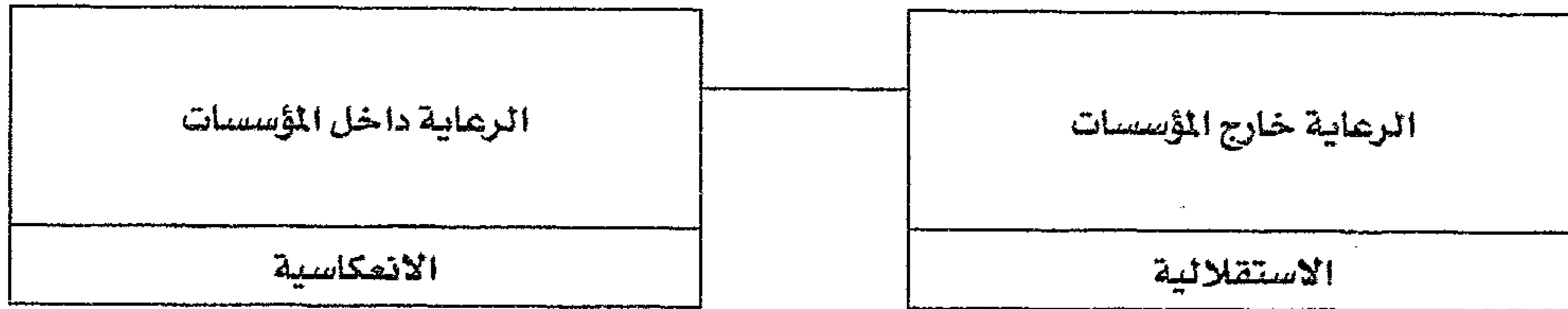
وعرض هيلمز وتيرنر(Helms & Turner, 1999) مقترحات هافجهرست حول مطالب مرحلة الشيخوخة بما يلي:

- التوافق مع كل من: الضعف الشامل للصحة العامة، والتقاعد وتدني مستوى الدخل المطلوب، وموت رفيق العمر (الزوج أو الزوجة) (Schwartz, 2001).
- تكوين العلاقات الاجتماعية الجديدة.
- تطور الادوار الاجتماعية وتنميتها لتتناسب والمستوى العمري للمسن.
- توفي الخدمات الصحية والمنزلية للأفراد المسنين.

ان الاشخاص الكبار بالسن والذين هم بحاجة ماسة الى خدمات متعلقة بالصحة من الممكن ان يبحثوا عن مستويات مختلفة من الرعاية الصحية من مصادر متنوعة للاوضاع الخدمية. فالتدخل العلاجي المتعلق بالصحة يمكن ان يقدم للكبار على اساس خدمة داخلية او خارجية او منزلية.

فالرعاية الداخلية تقدم في اوضاع يكون الكبير فيها نزيل المؤسسة الصحية. وبالنسبة للافراد الذين يبقون في منازلهم او مع اسرهم ويعيشون مع آخرين فان خدمات المرضى الخارجين المستندة الى المجتمع المحلي تقدم كبديل عن الخدمات الداخلية. وان الافراد غير قادرين على مغادرة منازلهم ليحضلوا على الخدمات الصحية التي يحتاجونها. فالعاية التي تقدم لهم داخل المنزل يمكن ان تكون البديل المفضل. وهذه المستويات الثلاثة الواسعة للرعاية (الداخلية والخارجية والمنزلية) تكون وضعا متصلا يمتد بالاوضاع الخدمية ويتدرج من الايواء المؤسساتي الى البرامج والخدمات الخارجية.

(8 – 1) الرعاية المستديمة والاوضاع الخدمية:



عيش مستقل	خدمات جماعية وخدمات لا تتوفر	خدمات منزلية والعيش مع مقدمي الخدمات	العيش في دور التقاعد	الادخال في دور التمريض	مستشفيات العناية المركزة ومراكز اعادة التأهيل

وتقدم خدمات الرعاية غير المؤسسية في اوضاع مختلفة ومتباينة لكبار السن استنادا الى كون الشخص الكبير المستفيد من تلك الرعاية يعيش في بيئته باستقلالية تامة. او انه يعيش مع جماعة متقاعدة. وقد اشار الزبيدي (2009) الى نوعين من البرامج التي يمكن تقديمها لكبار السن هما:

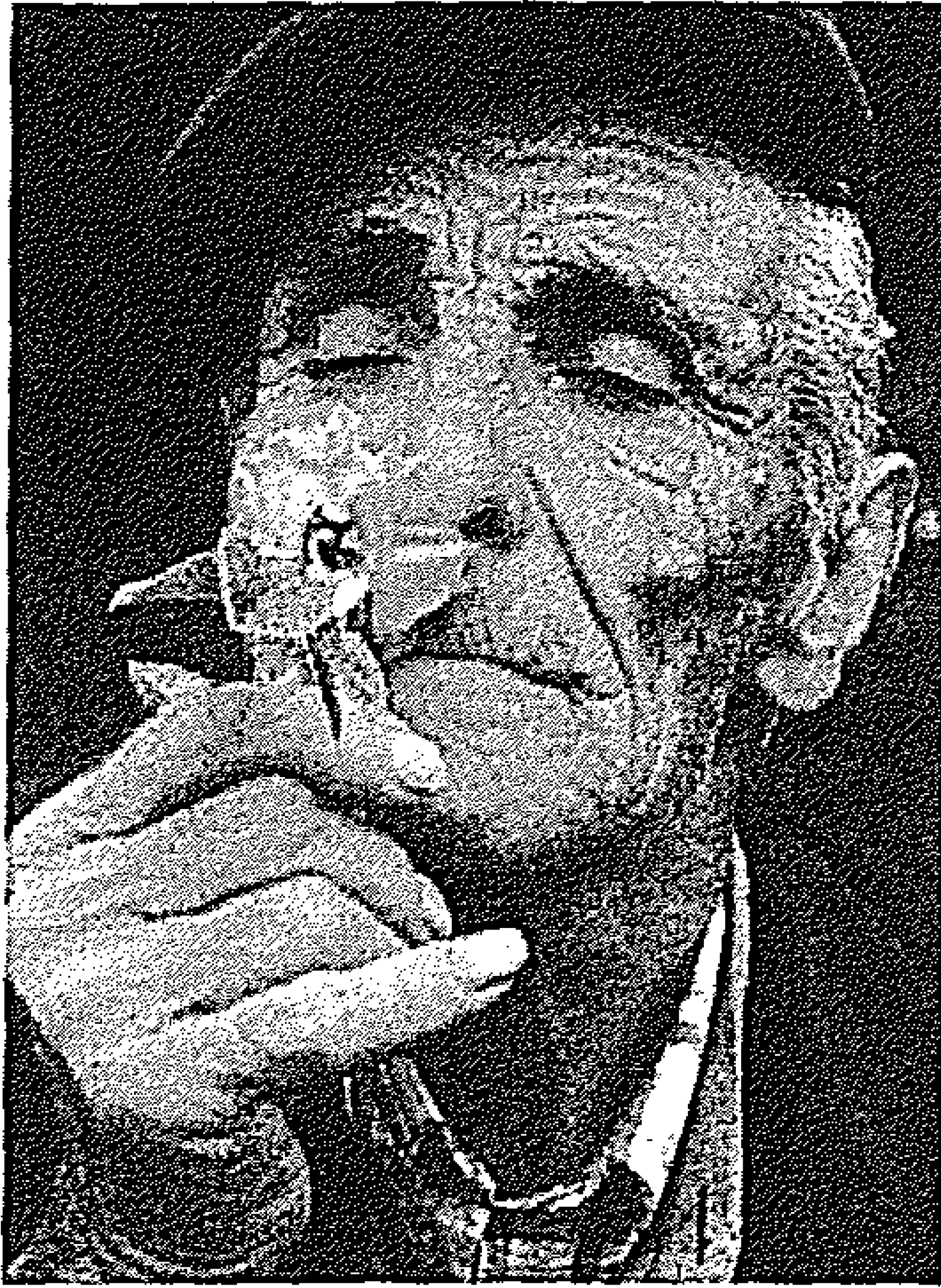
1) برامج الرعاية اليومية للكبار:

تركز هذه البرامج على تزويد كبار السن بخدمات صحية واعادة تأهيل تشابه كثيرا تلك التي تقدم في المستشفيات ودور التمريض. فالاشخاص الذين يرتادون برامج الرعاية الصحية اليومية للكبار اما انهم يعانون من مستويات متزايدة من عدم القدرة نتيجة لمشاكل صحية

مزمنة او انهم قد اخرجوا حديثا من المستشفيات او مراكز اعادة التأهيل وان الاهداف الاولية الاساسية للرعاية الصحية اليومية للكبار هي منع تراجع اكثر في الموقف الصحي للشخص الكبير في السن وتزويده بخدمات اعادة التأهيل التي تحفظ للفرد او تعيده الى مستواه السابق من حيث الاداء الوظيفي.

2) **برامج النشاطات اليومية:**

وهي اكثر اجتماعية في تركيزها بحيث تبنى النشاطاتت من اجل تزويد المستفيدين بمنبهات اجتماعية وانفعالية او وجدانية وبدنية كاملة وموسعة. وبذلك تمنع الفقدان والهبوط المرتبط بالمرض المزمن او الامراض الانعكاسية. والافراد الذين ينضمون لبرامج النشاط اليومي للكبار لا يحتاجون بصورة نمطية الى مساعدة طبية جارية اعتيادية او اشراف. وانما هم يحتاجون عادة الى انغماس في نشاطات مبرمجة وافادة من الاسناد الاجتماعي الذي يصنف هذه البرامج ويستفيد كذلك اعضاء اسرهم او مزودوا الرعاية من خلال جعلهم قادرين على العمل ويتمتعون ببعض الراحة جراء تزويدهم بالرعاية ولديهم بعض الوقت للحصول على الرعاية. الا ان اثمان الرعاية المقدمة للكبار عالية التكاليف تبعا لنوع الرعاية المقدمة لكبير السن.



وتمثل مؤسسات رعاية الكبار في الولايات المتحدة الامريكية صورة نموذجية لاسلوب الرعاية والخدمات المقدمة لكبار السن. فبالاضافة الى الرعاية اليومية لكبار السن هناك نماذج اخرى للخدمة المستندة الى المجتمع المحلي تتضمن خدمات بعيدة المدى. ومراكز خاصة بالمسنين متعددة الاغراض. بحيث توفر مدى واسعا من الخدمات تضم (Hawkins, et al.; 2006):

- فرصا تطوعية مثل البرنامج التطوعي للكبار المتقاعدين.
- خدمات الصداقة للزائرين.
- مساعدة من يقومون ببناء بيوت لهم او الاقرباء.
- خدمات الاحصاء الصحي.
- برامج اللياقة البدنية.
- مساعدات السفر.
- النشاطات الترويحية.
- البرامج التعليمية.

وبالرغم من وجود العديد من مؤسسات الرعاية للكبار في مختلف الاماكن في العالم الا ان العديد من كبار السن يفضل البقاء في منزله تجنبا لوضعهم في المؤسسات الخاصة حيث ان وضعهم في مؤسسات خاصة يؤدي الى فقدانهم لاستقلاليتهم وخياراتهم ويصبحون اسرى قرارات الاخرين.وهو امر غير مرغوب به من قبل معظم المسنين. وتشير الدراسات في هذا الصدد الى ان ما نسبته 60% من المسنين قد وضعوا في مراكز الرعاية الصحية لاسباب غير طبية او علاجية وانما بسبب حاجتهم وافتقارهم الى الاسناد من مجتمعهم المحلي. وتشير دراسات اخرى في هذا المجال ان كبار السن يرون ان البديل الافضل لهم هو الرعاية المنزلية. حيث تمثل الخدمات داخل الاسرة مجالا ذا اولوية في التفضيل في شبكة خدمات كبار السن والتي تضم مساعدة صحية، وخدمات فترة الراحة الاسرية، والزيارة وتأمين الاتصال الهاتفي والحفاظ على العمل اليومي الذي يساعد كبار السن على البقاء في منازلهم لاطول مدة ممكنة.

هذا ويمكن ان تتجمع الخدمات التي تقدم داخل المنزل ايضا ضمن تصنيفات مثل:

- **الصحة المنزلية:** وتتضمن رعاية تمريضية وخدمات طبية اجتماعية ورعاية المساعدة الصحية المنزلية وخدمات الغذاء والحمية وامدادات الادوية والمعدات والعلاج المهني والوظيفي وعلاج الكلام والخدمات المتخصصة.
- **الاسناد الاجتماعي:** ويتضمن ادارة منزلية (أي خدمات عمل يومي، ورعاية شخصية ونقل ومواصلات، وخدمات رعاية، وضمان التأمين الهاتفي، وزيارات الاصدقاء، والتسوق وخدمات غسل الملابس).
- **برامج ادارة الحالات:** وتتضمن تصنيف واختيار المراجعين وتقدير الحاجة للخدمات، وتوصيف الخدمات والحصول عليها وتنسيقها ومراقبتها واعادة تقييمها.

(8 – 2) الرعاية المؤسساتية Institutional care:

تحرص مؤسسات الرعاية الاجتماعية عادة الى توفير كل وسائل الرعاية والخدمات بهدف تخفيف حدة المشكلات التي يعانيها المسنون. (Ragan & Bowen, 2001) بحيث تشتمل الرعاية على الجوانب الرئيسية التالية:

1) الرعاية الصحية:

تعد الرعاية داخل المستشفيات للحالات الحادة او الشدية وتسهيلات اعادة التأهيل من الانواع الاكثر غلاء والتي تقدم اوسع مستوى من حيث الخدمات الطبية من جميع اوضاع الرعاية الصحية الاخرى.

وهناك انواع عديدة للتدخل الصحي واهدافه العامة في معالجة الكبار من اجل التأثير في الوضع الصحي العام ونوعية الحياة لهم (الزبيدي، 2009):

1. التدخل من اجل الوقاية Intervention through prevention:

ذلك ان قيم المجتمع وخبراته في جعل الحياة للفرد اكثر سعادة وراحة واوفر حظا لكبار السن ومع الارتفاع المستمر في تكاليف الرعاية الصحية لكبار السن وانبثاق الامراض المزمنة كمصدر اساسي للعجز وعدم القدرة والضعف من جانب والتشديد على التقدم في التقنية الطبية من جانب آخر كل ذلك قد خلق مجتمعا ذا ضغوط شديدة على نظام تقديم الخدمات الصحية. وبالتالي اصبح المختصون يبحثون عن طرق جديدة لحماية وتعميق الوضع الصحي والوظيفي لكبار السن. لاجل ذلك وحتى يتم الارتقاء بالصحة وتحسين الحياة لدى كبير السن. فقد وجدت ثلاث مستويات للوقاية هي:

- **مستوى الوقاية الاولي**:ان الهدف الاساسي للوقاية الاولية هو في منع المرض والعوق والمحدودية الوظيفية والعجز والضعف. وتشتمل الوقاية الاولية على برامج تربوية ونشر المعلومات. بهدف منع وقوع احداث طارئة لكبير السن والارتقاء بالصحة العامة واعلامه بالمخاطر التي يمكن ان تؤدي الى احداث الجروح او المرض او الموت.وفي هذا الجانب يمكن استعمال الصفوف الدراسية والحلقات النقاشية والمواد المكتوبة والمعلومات السمعية البصرية وغيرها. كما يمكن استخدام الارشاد الجمعي في مساعدة كبار السن على التخطيط لمرحلة التقاعد وايجاد المصادر البديلة للعطاء والانتاج وتحقيق الشعور بالرضا والسعادة حتى نهاية حياته.



- **المستوى الثانوي للوقاية**: ويهدف هذا المستوى الى الاقلال من اثر المرض المفاجيء او المزمن من خلال الاحصاء والتصنيف التشخيصي والبحث والاستقصاء المبكر والمعالجة من اجل تحسين الظروف. مما يحفظ للفرد اقل مستوى من الوضع الصحي او اعادته الى المستوى السابق من الامكانية الصحية والوظيفية بالاستناد الى البحث والاستقصاء المبكر. ومن الخدمات النمطية التي يقدمها مجال

الوقاية الثانوية: التحري عن ضغط الدم المرتفع والكولسترول وفحص البصر والسمع وتصوير الصدر.

- **مستوى الوقاية الثالث:** يهدف هذا المستوى من الوقاية الى الحد من مستوى العوق الوظيفي وادارة العملية التي يتحول العوق عن طريقها الى عجز حيث يأخذ هذا المستوى دوره ويمارس مهماته بعد حدوث حالة مرضية. وبعد ان تصبح تلك الحالة حرجة.ويعتبر دور هذا المستوى القيام بعمليات تتضمن وظائف احيائية لاعادة التأهيل والتركيز في الغالب على الاقلال من مخاطر العوق الاضافي المستند الى انتشار الوضع الصحي الى مجالات وظيفية أخرى. لذلك، فان هذا المستوى يتضمن ارشادا في مساعدة المريض المراجع على التوافق مع مرضه الاخير ووضع خطط للارتقاء بنوعية الحياة لما تبقى من العمر. ومساعدته كذلك على مواجهة مرضه مع اعضاء اسرته او اصدقائه. بالاضافة الى تعريف المريض بالطبيعة الكلية للكائن الانساني وان المرض في مجال واحد منالوظائف سوف يؤثر عادة عليه في مجالات اخرى للوظائف الحياتية.

2. التدخل من خلال اعادة التأهيل Intervention through rehabilitation:

الهدف الرئيسي لكبار السن هو تعلم العيش بكرامة وسيطرة خاصة اولئك الذين يعيشون مع محدودية وظيفية تؤدي الى عجز او عدم قدرة.وان الفلسفة الاساسية التي تقوم عليها خدمات التدخل من خلال اعادة التأهيل يمكن بلورتها بالسؤال التالي:

ماذا استطيع ان اساعد مرضاي ليعملوا من اجل انفسهم؟

إن هدف التدخل لاعادة التأهيل هو في تسهيل سيطرة الفرد على مؤهلاته المعرفية والانفعالية والاجتماعية والمحافظة عليها ضمن البيئة التي يعيش فيها. اما النشاطات التي تطبق في عملية التدخل لاعادة التأهيل فيتم اختيارها وتطبيقها على اساس قدرتها على الارتقاء بالعمل الوظيفي للفرد وتحقيق اقصى مستوى من الرضا له. فالاحساس بالسيطرة من خلال الاعتماد على الذات والاحساس بالاستقلالية عناصر متكاملة في تصميم الفعالية في تحقيق اهداف اعادة التأهيل. وان نوعية الحياة للفرد تعتمد على السيطرة الشخصية للفرد على الرعاية والمعالجة في عملية الارتقاء بالكفاية الوظيفية من خلال نشاطات الحياة اليوميةز والحركة والتفاعل الاجتماعي والتواصل والصحة النفسية.

أ. الرعاية المختلفة:

وتشتمل على تخصيص عدد من الافراد يقومون بالخدمات التمريضية للمسنين. ودار للصيدلة، وطبيب مسؤول يقوم بالكسف الطبي على مرافق الدار ونزلائها من المسنين وتقرير أنواع الأغذية المناسبة لكل نزيل في المؤسسة.

ب. الرعاية المهنية:

بحيث تهيء مؤسسات الرعاية للمسنين امكانية التدريب المهني على بعض الحرف بما يناسب وعجزهم كوسيلة لشغل اوقات الفراغ. وتأهيل البعض منهم لكسب العيش. (Robert, et al., 2000)

- **الرعاية الاجتماعية:** وتزود مؤسسات الرعاية للمسنين بأخصائيين اجتماعيين. وتم تحديد مسؤولياتهم في (Chi & Chou, 2001)بحث حالة المسن قبل التحاقه بالدار والتأكد من حاجته للرعاية منها، والعمل على تكيفه المسن على جو الدار ومحاولة حل مشكلاته وعلاجها، وتسجيل ملاحظاته الدورية، وتنظيم جميع أوجه النشاط المختلفة والعمل على التنسيق فيما بينها، وأن يكون حلقة اتصال بين المسن وأسرته، وادخال كثير من البرامج الاجتماعية في دار الرعاية لشغل اوقات فراغ المسنين، والاكثار من اتصال المسنين بالبيئة الخارجية اذا سمحت حالة المسن الصحية بذلك.
- **الرعاية الثقافية:** وتقوم مؤسسات الرعاية للمسنين بتنظيم الندوات الاجتماعية التي تتناول بشكل خاص الجوانب الدينية التي تبعث في نفوس المسنين الهدوء والسكينة، وتزويد المكتبة بالكتب والمجلات التي تتناسب مع لغات المسنين ومستوى قدراتهم على القراءة، والافادة من الوسائل السمعية والبصرية الحديثة في مجال الثقافة والتسلية.

ويتحدث الزبيدي (2009) عن متطلبات الرعاية الصحية وتحسين الوضع الوظيفي لكبار السن: مشيرا الى ان ثلث جميع خدمات الرعاية الصحية وانتاجاتها تستهلك في الوقت الحاضر من قبل مجتمع كبار السن. وانه بالرغم من التحسن المطرد على مدى القرنين الماضيين في الرعاية الصحية لكبار السن الا ان الاهتمام لا زال محدودا بسبب الارتفاع في تكاليف الرعاية بصورة مستمرة. وان من المرجح ازدياد نفقات الرعاية الصحية في ايامنا هذه. وفي المقابل ازدياد



الحاجة الى خدمات الرعاية الصحية للكبار وادواتها مع زيادة اعمارهم. وبغض النظر عن المكتسبات الايجابية في توقع الحياة.فان نوعية العمر الكبير جدا لا تزال تشكل مشكلة لعدد مهم من الاشخاص المسنين. ونتيجة لذلك تستمر سيطرة العجز

والعوق في الارتفاع بين مجموعة معينة من الاشخاص الكبار في السن مثل:اولئك الذين لديهم وضع اجتماعي اقتصادي منخفض، والاشختص الاقل تعليما، والاقليات الاثينية والعرقية، والاسر الكبيرة جدا في السن.

(8 – 3) استراتيجيات الحد من مشكلات التوافق لدى المسنين:

عزيزي القارىء: في سن الخامسة والستين ينتشر التلف الحسي والحركي لدى المسن. الا ان المسنين هم عادة اشخاص اكبر سنا من ذلك. فهم يعانون من تدهور وظيفي يؤثر بشكل ملموس على مجمل الوظائف الحيوية. ونظرا لما يعانيه المسن من عجز جسمي وعقلي. فانه عادة ما يتطلب حماية ورعاية من الاخرين (ملحم، 1989)ويتطلب علاج الاضطرابات في مجمل الوظائف الحيوية لدى المسن ان يوجه الاهتمام ليس فقط الى المسن نفسه. وانما أيضا الى أسرته والمجتمع الذي ينتمي اليه. (Pettigrew, 2000)

وبالرغم من ان حدوث تغيرات في أنسجة المخ، وفي الاوعية الدموية الدماغية تؤدي بالضرورة الى الاعراض الاكلينيكية وأن نذر المرض تؤدي الى عجز عقلي بدني لديه. الا ان التعرف على حالات الاضطراب العقلي غير الثابت للمسن وعلاجه فورا. يساعد في تحقيق نوع من التحسن في الوظائف العقلية عند المسن. والتغلب على الاضطرابات او الامراض التي تثير هذا الاضطراب.

ان علاقة المسن – الطبيب تعتبر امرا أساسيا في الرعاية الطبية النفسية الجيدة سواء داخل مؤسسة الرعاية او خارجها بحيث تمثل هذه العلاقة العلاج الاساسي للمريض المسن. وتتيح فرصا أوفر من اجل تزويد المسن بأوجه الخدمات العلاجية المختلفة بما في ذلك العلاج بالعمل. وان الرعاية الطبية نفسها تساعد على اساس اعتقاد المريض بأنه قد حصل على المساعدة من صورة ابوية لها قدراتها الذاتية. (Pennequin, et al., 2000)

وهناك اتجاه آخر يؤكد على اهمية تقديم الرعاية لحالات الشيخوخة في المنزل اذا كان ذلك ممكنا. خاصة اذا ما واجه القائمون على الرعاية الصحية والنفسية بعض المسنين الذين يعتمدون على أنفسهم تماما ويفضلون الاحتفاظ بحريتهم دون اعتماد على الاخرين. ومن الافضل في هذه الحالة خفض التدخل الى حده الادنى. (Tiamiyu & Bailey, 2001)

ويجب ان توجه الاهداف العلاجية الخاصة بالمسنين نحو: خفض معاناة المسن بحيث تصبح شكواه في أدنى حدودها المكنة. وتحسين سلوك المسن بحيث لا يكون مصدرا للشكوى. وزيادة كفاية المسن على تكوين الصداقات والاحتفاظ بها. وتحقيق سلوك جنسي مقبول اجتماعيا لدى المسن. والاستمرار في قيام المسن بعمله او القيام بنشاط مكافىء له في اطار موارده المتبقية. واستخدام ذكاء المسن ومهاراته وخبرته من اجل تحقيق أداء طبيعي ومعتاد لدوره الاجتماعي

ضمن أسرته وبيئته المحلية. واثارة الدافعية لدى المسن بحيث تكون انتاجيته في اقصى حدودها الممكنة بحيث يستشعر لذة فيما يحققه من اهداف ويستعيد احساسه بقيمته وهويته.

وعلى المعالج ان يعمل بصفة خاصة على: تناقص مشاعر المسن الفعلية أو المتوهمة حول قلة حيلته او مشاعر الخوف والغضب عنده. واستعادة ثقة المسن في نفسه وتقديره لذاته. وتقوية الدافعية لدى المسن نحو العمل. وتشجيع المسن على تنمية اهدافه واهتماماته.

ومن اجل تحقيق الرعاية الصحية والنفسية للمسن داخل اسرته ومجتمعه حيث تتزايد الآراء التي تتحدث عن ضرورة تبني سياسة الاحتفاظ بالمسنين ببيئتهم الاصلية (اي منازلهم دون انتزاعهم منها كلما كان ذلك ممكنا) فانه لا بد من أن تعمل السلطات المسؤولة في الدولة على تركيز اهتمامهم في توفير وسائل الرعاية والخدمات المختلفة للمسنين في بيئتهم الاصلية. ويمكن في هذا المجال ان تقوم الهيئات التطوعية الاضطلاع بدور ايجابي في برامج الرعاية في المجتمع Community care وان تتحمل قدرا كبيرا من متطلباته واعبائه.

وحتى يتحقق الدور الايجابي والفاعل في تحقيق الرعاية الصحية والنفسية للمسن فانه لا بد من توفير العيادات الخارجية. والمستشفيات النهارية Day hospitals، الاخصائيين الاجتماعيين والهيئة التمريضية العامة في المجتمع. والمراكز النهارية للمسن، المراكز المهنية للمسن والخدمات الخاصة بغسل الثياب Home laundry، ووجبات غذائية مطهية جاهزة Meals – On – Wheels، وأندية للمسنين.

مراجع الوحدة السابعة

المراجع العربية:

- اسماعيل، عزت سيد (1983). **الشيخوخة: أسبابها،مضاعفاتها، الوقاية والاحتفاظ بحيوية الشباب.** الكويت: وكالة المطبوعات.
- تايلور، شيلي (2008). **علم النفس الطبي.** ترجمة وسام بريك وفوزي داود. عمان دار حامد للنشر والتوزيع.
- الزبيدي، على جاسم عكلة (2009): **سيكولوجية الكبر والشيخوخة.** اثراء للنشر والتوزيع، الاردن.
- السيد، عبد الحليم وآخرون (2003): **علم النفس العام**، القاهرة: دار غريب.
- صادق، آمال وابو حطب، فؤاد (2005): **نمو الانسان: من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد (1998). قلق الموت قبل العدوان العراقي وبعده لدى طلاب جامعة الكويت. **المجلة العربية للعلوم الانسانية.** 16 (64)، 8 – 52
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2003). **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة: الاسباب – التشخيص – العلاج.** القاهرة: دار القاهرة
- القوصي، عبد العزيز حامد (1980). **الصحة النفسية.** القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
- ملحم، سامي محمد (1989). الشيخوخة: دراسة ميدانية حول تأثير برامج الرعاية على مشكلات التوافق لدى المسنين بالمملكة العربية السعودية. **ندوة منهجية البحث العلمي في تعليم الكبار.** كلية التربية/ جامعة الملك سعود – الرياض. من: 15 – 19/ 5/ 1409 هجرية/ الكتاب العلمي للندوة.
- ملحم، سامي محمد (2013): **علم نفس النمو:** دورة حياة الانسان. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية:

- Atchley, R.;(2005) **Adjustment to loss of job at retirement. International journal of aging and human development**. Vol. 6 (2), 1975. PP: 17 – 27
- Baron, A. B. , & Kalsher, J. M.;(2007) **Essentials of Psychology**. Boston: Allyn and Bacon
- Belsky, J.; (1999). **The psychology of aging**. New York: Brooks/ Cole Publishing company.
- Berardo, F. M.; (1967). **Social adaptation to widowhood among a rural – urban aged population**. Report no: Bull – 689. Washington state university, Pullman. Coll of agriculture.
- Bernstein, D., A., Pernner, L., A., Stewart, A., C., & Roy, E., J.; (2006). **Psychology**. New York: Houghton Mifflin Company.
- Birren, J. E. ; (1994). **The psychology of aging**. New Jersey: Prentice – hall, Inc.
- Blumenthal, S. J.; (1990). Youth Sucide: Risk factors assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patient. **Journal of pshiatry cilinic. North American**. 13. 5
- Cavanaugh, J.; (1997). **Adult development and aging**. New York: Brooks/ Cole Publishing company.
- Chi, Iris; Chou, Kee – Lee.(2001). Social Support and Depression among Elderly Chinese People in Hong Kong. **International Journal of Aging and Human Development**; v52 n3 p231 – 52
- Gibson, J. T.;(2005) **Living: Human development through the life span**. Addison wesley publishing company.
- Glamser, F., D.;(1981). The impact of pre – retirement program on the retirement experience. **Journal of Gerontology**. Vo. 36, pp. 244 – 250
- Gurege, O. (2008), Treating chronic pain in the context of comorbid depression. **Journal ofPain**, 134, 3 – 4.
- Havighurst, R. J., et al.;(1998). **Sh: Disengagement and patterns of aging. Middle age and aging**. Editted by Neugarten, B. L. Unversity of Chicago press. PP: 161 – 172
- Hawkins, B. A., May, M. E. & Rogers, N. B.(2006) ;**Therapeutic activity intervention and practice**. Pennsylvania: Venture publishing.
- Helms, B. D. & Turner, S. T. (1999). **Contemporary Adulthood,** London: W. B. Saunders Company.

- Hurlock, E.;(1980) **Adolescence development**. New York: McGraw – Hill.
- Kendall, P. C. & Hammen, C.; (1998). **Abnormal psychology: understanding human problems**. Boston: Houghton Unifying. Co.
- Kimmel, D. G.;(2001) **Adulthood and aging**. New York: John Wiley & Sons INC.
- Kosslyn, S., M., & Rosenberg, R., S.; (2004). **Psychology: The Brain, The Person, The World**. New York: Pearson Education Inc.
- Papalia, D., E., Sterns, H., L., Feldman, R., D., & Camp, C., J.; (2002). **Adult Development and Aging**. Boston: McGraw Hill.
- Patrick, Julie Hicks; Cottrell, Lesley Epperly; Barnes, Kristi A..(2001). **Gender, Emotional Support, and Well – Being among the Rural Elderly. Sex Roles**: A Journal of Research; v45 n1 – 2 p15 – 29 Jul.
- Pennequin, Valerie; Fontaine, Roger.(2000). **Training the Elderly: The Example of Class Inclusion. Adultspan** Journal; v2 n2 p68 – 88 Fall.
- Peterson. C.;(2005) **Introduction to psychology**. New York: Harper Collins publishers.
- Pettigrew, Karen E..(2000). **Lay Information Provision in Community Settings: How Community Health Nurses** Disseminate Human Services Information to the Elderly. Library Quarterly; v70 n1 p47 – 85 Jan.
- Ragan, Amie M.; Bowen, Anne M..(2001). **Improving Attitudes Regarding the Elderly Population: The Effects of Information and Reinforcement for Change.** Gerontologist; v41 n4 p511 – 15 Aug.
- Rathus, S. A.;(2002) **Psychology In the millennium**. New York: Hartcourt college publishers.
- Robert, Roxanne; Mosher – Ashley, Pearl M..(2000). **Factors Influencing College Students To Choose Careers Working with Elderly Persons**. Educational Gerontology; v26 n8 p725 – 36 Dec.
- Rohwer, Jr. W. D., et al.;(2004) **Understanding intellectual development: Three approaches to theory and practice**. Hinsdale, Illinois: The Dryden press.
- Rusu, A.C., Hasenbring, M. (2008), Multidimensional Pain Inventory derived classifications of chronic pain: Evidence for maladaptive pain related coping within the dysfunctional group, **Journal ofPain,** 134, 80 – 90.
- Schneider, F. & Welkowitz, L.; (1996). **The hidden face of shyness.** New York. Avon Books.

- Schwartz, Lisa K.; Simmons, Joseph P.(2001). **Contact Quality and Attitudes toward the Elderly**. Educational Gerontology; v27 n2 p127 – 37 Mar
- Sternberg R.;(2004) **Psychology**. Australia: Thomson Wadswoth.
- Tiamiyu, Mojisola F.; Bailey, Lisa.(2001). **Human Services for the Elderly and the Role of University – Community Collaboration: Perceptions of Human Service Agency Workers**. Educational Gerontology; v27 n6 p479 – 92 Jul – Aug.
- Wade, C. & Tavris, C.;(2003) **Psychology**. New York: Harper Collins College publishers.
- Walker, L.S., Smith, C.A., Garber, J., Claar, R.,L. (2007), Appraisal and coping with stressors by pediatric patients with chronic Abdominal pain. **Journal Of Pediatric Psychology**, 32 (2), 266 – 216.
- Ward, R.;(1984). **The aging experience: An Introduction to social gerontology.** New York: Harper & Row company.
- Wright B. & Weiss, J. P.;(2009) **Social problems**. Boston: Little Brown and company.

(ملحق)

التعريف بمصطلحات

التوجيه ، الإرشاد ، والعلاج النفسي



(ملحق)

التعريف بمصطلحات التوجيه، الارشاد، والعلاج النفسي

A

- **ذهان Abalienated**

مصطلح يرتبط بالأمراض الذهانية

- **التحقير أو الاذلال Abasement, self**

الحاجة الى الاذعان والتسليم والاعتراف والتكفير وتقبل العقاب.

- **العجز عن الشيء وعن تنسيق حركاته Abasia**

اضطراب حركي لأسباب جسمية او انفعالية.

- **شذوذ/ انحراف Aberrant**

مصطلح يشير الى البعد او الانحراف عن الصورة العادية

- **انحراف Aberration**

الانحراف عن الصورة العادية او السوية. وقد يشير هذا المصطلح الى الشذوذ في التوزيع الصبغي أثناء انقسام الخلية او الاختلال العقلي.

- **احجام Abient/ Adient**

تجنب مصدر الاستثارة. وهو نقيض الاقدام.

- **القدرة Ability**

مهارة حاضرة في أداء عمل جسمي أو عقلي، سواء قبل التدريب او بعده وهي تشير الى ما يفعله الفرد بالفعل وليس ما يستطيع فعله اذا ما درب التدريب المناسب.

- **تصنيف تبعا للقدرة Ability grouping**

يتمثل في تجميع التلاميذ داخل اقسام او شعب تبعا لكفاءتهم او انجازاتهم في مجالات دراسية معينة. وغالبا ما يحدث بناء على اساس الانجاز الاكاديمي. او تبعا لنتائج أداء اختبارات مقننة.

- **رسم بياني للقدرة Ability profile**

رسم بياني يوضح المستوى الدراسي. او المستوى العمري المساوي لطفل معين. ويوضح به جوانب القوة والضعف لأبعاد القدرات المختلفة لهذا الطفل.

- **اختبار القدرة Ability test**

اختبار يقيس المدى الذي يتمكن فيه الفرد من أداء أعمال معينة

- **تدريب القدرة Ability training**

منحى علاجي و ندخل تعليمي يستخدم بصورة شائعة في مجال التربية الخاصة.

- **فطام Ablaction**

فصل الرضيع عن عملية الرضاعة. او انقطاع افراز اللبن من الأم وهو مرادف لمصطلح Weaning

- **فقدان البصر Ablepsia**

حالة مرضية نجد فيها فقدان كليا او جزئيا لحاسة البصر.

- **غير سوي Abnormal**

متباعد قليلا او كثيرا عن السوي

- **التثبيت المرضي/ او الشاذ Abnormal fixation**

عادة متجمدة مقولية تقاوم التغير بشدة

- **علم نفس الشواذ Abnormal psychology**

أحد فروع علم النفس يهتم بدراسة الامراض النفسية

- **شذوذ – لاسوية Abnormality**

حالة انحراف عن الشيء العادي او المألوف.

- **اجهاض Abortion**

انفصال الجنين عن رحم الأم ويحدث ذلك لظروف داخلية

- **الهوس المصاحب لعجز الارادة Aboulomania**

اضطراب عقلي بضعف الارادة او الحيرة والتردد.

- شرود/ غيبوبة Absence.

فقدان مؤقت للشعور

- شرود الذهن Absentminded

حالة عقلية نجد فيها الفرد منشغلا بأفكار غير عادية وليس على وعي بالظروف البيئية من حوله.

- العتبة المطلقة Absolute threshold

أصغر شدة للمؤثر يمكن للملاحظ ان يحس به

- منحنى التشبع Absorption curve

منحنى يظهر درجة التشبع لشيء ما مثل ورقة شجر خضراء بأطوال الموجات الضوئية المختلفة او عكسها لها.

- التجريد Abstraction

عملية عقلية معرفية بها يتم تكوين الافكار المجردة (التفكير التجريدي) عن طريق تجريد خاصية واحدة للشيء من خصائصها الاخرى، بحيث تبين العناصر المشتركة بين الاوضاع والامور المختلفة (تجريد جانب واحد من الجوانب الاخرى التي يرتبط بها في الواقع).

- مفهوم مجرد Abstract concept

فكرة او تصور لموقف ما او موضوع معين. يمكن اختياره من اية خصائص بيئية معينة.

- ذكاء مجرد Abstract intelligence

القدرة العقلية على تفهم المواقف الرمزية او غير الملموسة

- تفكير مجرد Abstract reasoning

القدرة على اشتقاق المعاني من الرموز. والقدرة على تفهم العلاقات والتعامل مع الافكار والتصورات والرموز غير الملموسة.

- التفكير المجرد Abstract thinking

التفكير بالمفاهيم والمبادىء العامة وذلك خلافا للتفكير بالاشياء المحدودة.

- ضعف الارادة Abulia

حالة مرضية تتصف بعدم القدرة على اتخاذ القرار والتردد. والمباداة الضعيفة في الأعمال.

- **طفل سيء Abused child**

طفل يتصف بالازعاج وعادة ما يكون مصدر ضيق للاخرين

- **انجاز اكاديمي Academic achievement**

المستوى الدراسي الذي يكوه عليه الفرد

- **موهوب اكاديميا (دراسيا) Academically talented**

مصطلح يصف التلاميذ ذوو الانجاز الاكاديمي او الدراسي المرتفع.

- **استعداد اكاديمي (دراسي) Academic aptitude**

مجموعة مؤتلفة من القدرات والامكانات اللازمة لانجاز الاعمال الدراسية.

- **مطابقة، ملاءمة Accommodation**

تغيرات في آلية عدسات العين وذلك بالنسبة للمسافات المختلفة.

- **الانجاز Achievement**

دافع انساني ايجابي، يعني سعي الفرد الى مستوى من الامتياز او التفوق. وهو خلاف القدرة Ability وذلك على اعتبار ان الانجاز امر فعلي وليس امكانية.

- **حافز الانجاز Achievement motive**

حافز يستهدف الانجاز، ومثله مثل رغبة الانسان في التأثير في الاخرين عن طريق انجازاته الايجابية.

- **رائز الانجاز (اختبار الانجاز) Achievement test**

رائز متميز عن روائز الذكاء او الاستعداد، وهو يقيس ما انجز في حقول معينة من مثل الرياضيات او التاريخ او اللغة...الخ.

- **لا لون له Achromatic**

بدون صبغة كالصورة بالابيض والاسود

- **عمى الالوان العام Achromation**

عدم القدرة على تمييز الالوان ورؤيتها جميعا كأنها اطباق من الرمادي

- **مكتسب Acquired**

متعلم اثناء حياة الفرد.

- **ضعف او تخلف عقلي Acraleptic**

حالة تتصف بعد القدرة على الفهم والتردد والشك

- **صعوبة الادراك – عدم الفهم Actamathesia**

عدم القدرة على تفهم الكلمات التي تقال للفرد

- **صعوبة التعبير Actaphasia**

عدم القدرة على التعبير عن الافكار بصورة شفهية او بطريقة مترابطة

- **اسراع/ تعجيل Acceleration**

1. عملية نقل الاطفال الموهوبين في صفوف دراسية اعلى تبعا للمستويات العقلية والتحصيلية وليس تبعا لمستوى عمرهم الزمني.
2. يستخدم هذا المصطلح في تعديل السلوك لكي يشير الى الازدياد في معدل حدوث السلوك.

- **التثبير/ التشكيل Accent**

تأكيد يعطي لمقطع لفظي او كلمة في اللغة الشفهية

- **تقبل Acceptance**

الاحساس بتفهم الافراد الاخرين للشخص. والشعور بحبهم له.

- **الوقت اللازم للوصول Access time**

الفترة الزمنية التي يحتاجها المرء في الانتقال من نقطة او من مكان الى آخر. ويعتبر هذا جانبا هاما في تخطيط وبناء الأجهزة ووسائل الراحة او القبول بمدار الاطفال المعوقين.

- **سهل المنال Accessible**

مصطلح غالبا ما يستخدم للاشارة الى التسهيلات البنائية التي تكون خالية من العوائق والتي تستخدم بسهولة بواسطة الافراد المعوقين جسميا.

- **تأقلم Acclimation**

القدرة على التكيف مع البيئة او الموقف الجديد

- **تواؤم Accomodation**

عملية بناء او تعديل البناءات المعرفية. و بالتالي فان المعلومات الجديدة يمكن ان تتلاءم داخلها بصورة اكثر سهولة. وتتمثل في قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي مع البيئة المحيطة به.

- **مواءمة العين Accomodation eye**

تكيف العين بواسطة تغيير شكل عدسات العين وبالتالي يتمكن الفرد الرؤية بوضوح لمسافات بؤرية مختلفة.

- **ضعف الحساسية Acenesthesia**

حالة تتصف بنقص الادراك العادي لجسم الشخص

- **لا مركزي Acentric**

الانحراف عن المركز. وعادة ما يستخدم هذا المصطلح لوصف مركزية الصبغيات او المركزية داخل الصبغيات.

- **انجاز Achievement**

قدرة مكتسبة مثل المستوى الدراسي

- **العمر التحصيلي Achievement age (AA)**

مصطلح يشير الى مستوى اداء الفرد. او درجة اختبار تحصيلي يحصل عليها الفرد بالمقارنة الى عمره الزمني. ومعدل أداء الجماعة التي ينتمي اليها.

- **دافع الانجاز Achievement motive**

دافع اجتماعي لانجاز شيء ذو قيمة او اهمية للتوصل الى متطلبات او معدل الامتياز فيما يفعله الفرد

- **حاصل او نسبة التحصيل Achievement quotient (AG)**

هو نسبة العمر التحصيلي كما يقاس بالاداء الفعلي على اختبار مقنن. أو الاداء المدرسي الذي يوضح الاداء المتوقع من الفرد.

- **اختبار تحصيلي Achievement test**

أداة مصممة لقياس معلومات الفرد ومهاراته وفهمه لجوانب موضوعية معينة. وهو اختبار لتقييم الأداء الاكاديمي او الدراسي للفرد.

- **قزامة Achondrogenis**

صورة من صور القزامة. ويتضمن قصر شديد للاطراف والعمود الفقري مع وجود رأس وجذع عادي.

- **اعمى اللون Achromate**

الشخص المصاب بعمى الالوان بصورة كلية.

- **لا لوني، لا صبغي Achromatic**

مصطلح يشير الى عيب او خلل في القدرة على تمييز الالوان

- **عدم القدرة على الحركة Aclinesia**

حالة يظهر فيها لدى الفرد فقدان حس الحركة او عدم القدرة عليها.

- **عدم الاحساس بالالم Acmesthia**

حالة مرضية نجد فيها الفرد وهو يفقد القدرة على الاحساس بالالم

- **مكتسب Acquired**

خصائص او سمات يكتسبها الفرد من البيئة ولا ترجع الى الاصل الوراثي له.

- **اكتساب Acquisition**

التعلم الاولي للمعلومات او المهارات. او تلك المرحلة التي يتعلم فيها الفرد استجابة جديدة وتقوى هذه الاستجابة تدريجيا.

- **قسوة / حدة Acrimony**

مصطلح يشير الى خشونة الطبع او الى الصوت الأجش.

- **زيادة الانفعال/ كثرة الحركة Acrocinesis**

حالة تتصف بالحركة المفرطة.

- **زيادة الفعالية Activation**

زيادة مستوى الفعالية مصحوبة بالانفعال والاثارة

- **فعالية، نشاط Activity**

(1) التغير او الحركة بصورة عامة، (2) اية عملية عقلية او بيولوجية متوقفة على حياة العضوية واستعمالها للطاقة المخزونة فيها (3) عملية عقلية او حركية متوقفة على مبادرة الفرد (4) تحرك منظم.

- **خدمات برنامج النشاط Activity program services**

مجموعة من الانظمة المهنية المعروفة (فن،، موسيقى، رقص..الخ) ويكون لها اوقات محددة.

- **معززات النشاط Activity reinforcers**

النشاط المفضل الذي يؤديه الطفل بصورة متكررة ويبدو استمتاعه به.

- **العلاج بالأنشطة Activity therapy**

استخدام الانشطة المرتبطة بصورة نموذجية بالفراغ وذلك لأهداف علاجية. مثل الفن والموسيقى. والحرف اليدوية والرياضة.

- **تحقيق/ تحقق Actualize**

عمل وأداء أشياء حقيقية او واقعية.

- **خطير / حاد Acute**

مراحل مفاجئة حادة للمرض. او تطور واضح سريع لاعراض مرض ما.

- **حدة Acuity**

القدرة على تمييز فروق المثير الصغيرة كأصغر الفروق بين نقطتين او شدتين من شدات المثير. حدة الحساسية.

- **المواءمة/ التوافق/ التكيف Adaptation**

العملية التي ينتج عنها تناقص في استجابة الفرد لمثير ما كوظيفة لتعرضه المستمر لهذا المثير.

- **التربية الجسمية التكيفية Adapted physical education**

برنامج ذو اهداف معينة.

- السلوك التكيفي او التوافقي Adaptive behaviore

مدى فاعلية الفرد في امتصاص معايير الجماعة كالاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية والتي يتوقع من الافراد في مثل عمره الزمني وجماعته الثقافية أداؤها.

- مقاييس السلوك التكيفي أو التوافقي Adaptive behavior scales

مقاييس مصممة لقياس أداء الفرد في مجالات المهارات غير الاكاديمية والعقلية. كمهارات الحياة الاجتماعية. ومهارات النضج الاجتماعي.

- ادمان Addiction

عادة لا يمكن ضبطها ولها صفة قسرية. ومثالها ادمان المخدرات

- اضافات لفظية (اضطراب كلامي) Addition (Speech disorder)

اضطراب لغوي نجد فيها الحالة تضيف اصواتا معينة اثناء نطق الكلمات

- خليط جمعي Additive mixture

خليط الالوان الذي يحدث من خلط الاضواء. ان عجلة الالوان الدائرة تنتج مثل هذا الخليط.

- خدمات مساعدة (للبرامج) Adjunctive services (Program)

نوع خاص من الخدمات. او برنامج تكميلي تدعم البرامج التربوية الاساسية.

- التكيف Adjustment

العلاقة التي تحدث بين مطالب الفرد وحاجاته وامكانياته من ناحية وبيئته من ناحية أخرى.

- مراهقة Adolescence

تبدأ فترة المراهقة بالبلوغ وتنتهي بالوصول الى سن الرشد.

- تبني Adoption

الاتخاذ القانوني لطفل ما بغرض تنشأته وتربيته كما لو كان ابنا للمتبني

- الغدد الكظرية Adrenal glands

غدتان صماوان حجم الواحدة منهما كحجم حبة البازيلاء، موجودتان في اعلى الكليتين وتفرزان الادرنالين. اما قشرتاهما فتفرزان الكورتزون.

- الادرينالين Adrenalin

الهرمون الذي يفرزه الكظران.

- راشد Adult

انسان استكمل نموه. ويختلف السن الذي يعتبر سنا للرشد قانونا من بلد الى آخر.

- تعليم الكبار Adult education

حركة اجتماعية هامة تهدف الى تعلم المعارف والمهارات المتطلبة لمواجهة احتياجات الفرد طوال الحياة.

- يزني Adultery

اتصالات جنسية محرمة اجتماعيا ودينيا

- مرحلة الرشد Adulthood.

- مركز تدريب الكبار Adult training center

تسهيلات تقدم للافراد الراشدين لكي تمدهم بخبرات العمل المختلفة.

- رد فعل معاكس Adverse reaction

تتمثل في ردود غير مرغوبة. وقد يطلق على التأثيرات الجانبية الناتجة عن تناول دواء معين.

- مقياس الاحساس الجلدي Aesthesiometer

أداة لاثارة الحساسية الجلدية وقياسها. والنقطتان الرئيسيتان لهذا المقياس تقيسان حدة التمييز اللمسي.

- التفضيل البديعي Aesthetic performance

تفضيل مبني على الشعور كما هو الحال في الانشراح او عدمه المستعملين بصورة شائعة في الحكم على الاعمال الفنية.

- وجدان، عاطفة Affection

شعور وانفعال مميز بصورة عامة عن الادراك والارادة.

- مؤثر/ مثير Affective

مصطلح يرتبط بالانفعالات والاحاسيس او اتجاهات الفرد

- اضطراب وجداني Affective disorder

اضطراب يتضمن شعور الفرد وانفعالاته

- خبرة وجدانية Affective experience

خبرة انفعالية سارة او غير سارة خفيفة او شديدة

- رجاع وجدانية (عاطفية) Affective reactions

الحالات الذهانية التي تتصف بالمبالغة في حالات المزاج.

- مورد حسي Afferent

ان الالياف العصبية والاعصاب الموردة تنقل الميزات من اعضاء الحس الى الجملة العصبية المركزية.

- التواد (او العشرة)Affiliation

دافع انساني ايجابي يعكس حاجة الفرد الى اقرار علاقة مع الآخرين قائمة على الصداقة والمحبة. او الاحتفاظ بها. او التوصل اليها.

- صورة تالية After – image

الصورة التي تتلو ابعاد المثير الخارجي.

- عمر Age

مصطلح يعني الوجود. وغالبا ما يقاس بالوحدات او بالوقت.

- العمر المتكافىء او المساوي (AE) Age equivalent

مصطلح يشير الى مستوى النمو لأي سمة او قدرة والتي يعبر عنها في وحدات العمر الزمني.

- معايير العمر Age norms

قيم عددية تشير الى معدل الأداء في اختبار او وسيلة معينة او في نشاط افراد جماعة عمرية معينة.

- عامل / محرك Agent

عامل او مادة معينة لها تأثير على الكائن الحي

- اتفاق/ انسجام Agreement.
- العدوان Aggression

نزعة مرضية تحرك صاحبها الى الاتيان بسلوك يقصد منه ايذاء او اقلاق شخص آخر أو موضوعات مستهدفة يوجه اليها السلوك العدواني. وقد يتضح العدوان في تعبيرات صريحة او في أشكال رمزية. وكثيرا ما يكون العدوان استجابة للاحباط.

- فقدان الذاكرة لمعاني الامور A gnosia

خلل في الادراك بحيث لا يكون للاشارة او الانطباع معنى ولا يفهم. ويستعمل المصطلح في بعض الاحيان للدلالة على فقدان الذاكرة الحسية بصورة عامة.

- أرق Agrypnia

مصطلح يعني الارق ومرادف ل Insomnia

- ذهان كحولي Alcoholic psychosis

مرض عقلي ناتج من تعاطي الكحول.

- عمى الكلمات Alexia

يحدث حين لا يستطيع شخص سبق ان تعلم القراءة فهم معاني الرموز البصرية.

- اغتراب Alienation

انفصال الفرد وأحاسيسه وافكاره ومعتقداته عن الوضع الاجتماعي او عن الافراد الآخرين الذين كان له علاقة معهم

- شبقية غيرية Alloerotion

نزعات شبقية نحو الافراد الاخرين وعكسها الشبقية الذاتية

- تكافؤ الضدين Ambivalence

انجذاب الشخص في اتجاهين متضادين كما يحدث حين يحب شخص انسانا ويكرهه في الوقت نفسه.

- متكافئ الانبساطية والانطوائية Ambivert

شخص ليس له صفات انبساطية واضحة او صفات انطوائية بينة. انه وسط بين النهايتين.

- **فقدان الذاكرة Amnesia**

ضياع الذاكرة وذلك كما يحصل اثر ضربة على الرأس او صدمة عاطفية.

- **لا اخلاقي Amoral**

صفة للافعال وسواها لا يميز صاحبها بين ما هو اخلاقي وغير اخلاقي.

- **اميجدالا Amygdale**

بناء في مقدم الدماغ هام في الاثارة الانفعالية وهو متصل اتصالا وثيقا بالهايبوثلاموس (ما تحت السرير البصري)

- **صمم/ عدم السمع Anacusis**

حالة تتصف بفقدان سمع كلي. وهو مرادف لمصطلح Anacusia

- **شرجي/ استي Anal**

مصطلح يشير الى الاست. ويعني عند اصحاب التحليل النفسي الى نمط الشخصية الذي يتصف بالنظافة المفرطة والترتيب الزائد

- **شخصية استية Anal character**

نمط من الشخصية تظهر ما يسمى عند التحليليين بالسمات الشرجية او الاستية والتي تشير الى النظام والترتيب المفرط.

- **المرحلة الاستية Anal stage**

المرحلة الثانية في النمو السيكولوجي الجنسي وفقا لنظرية التحليل النفسي (فرويد).

- **فقد الاحساس بالألم Analogesia**

الحساسية الضعيفة او عدم الاحساس بالألم

- **التمثيل، المماثلة Analogy**

نوع من المحاكمة قائم على التشابه بين شيئين والحكم عليهما بنفس الحكم.

- **التحليل Analysis**

عملية عقلية يتم بها فك ظاهرة كلية مركبة الى عناصرها وجزئياتها المكونة لها.

- **تحليل التباين Analysis of variance**

طريقة احصائية وضعها فيشر Fisher وطبقها بورت Burt على العلوم النفسية والتربوية. والهدف منها المقارنة بين مجموعات متعددة عن طريق مباشر. وهي تكشف عن مدى تجانس العينات ومدى انتسابها الى اصل واحد او اصول متعددة.

- **محللات Analyses**

يستغني بافلوف Pavlov عن كلمة (حاسة) ويستعمل بدلا عنها كلمة محلل التي تشمل كل أداة تحليلية في الجملة العصبية. فمثلا. المحلل البصري ينتخب ذبذبات الضوء في حين ينتخب المحلل السمعي امواج الصوت... وهكذا.

- **محلل نفسي Analyst**

معالج يشتغل بالعلاج النفسي تبعا لاتجاهات وخدمات التحليل النفسي. وقد يكون طبيبا او محللا نفسيا.

- **علم النفس التحليلي Analytical psychology**

(1) المحاولة المنهجية، بواسطة الاستبطان، لتحليل الحوادث النفسية الى عناصرها (2) طريقة التحليل الفني التي استعملها يونغ Jung والسيكولوجيا المنهجية المرتبطة بهذه الطريقة.

- **تاريخ المرض كما يقصه المريض/ الذاكرة Anamnesia**

التذكر الشخصي/ او تاريخ حالة المريض.

- **المرحلة الانفصالية Anaphase**

مرحلة من الانقسام الغتيلي (انقسام الخلية غير المباشر) عند تحرك الصبغيات المنقسمة نحو الاقطاب المحورية او الطور البنائي في الانقسام الغتيلي.

- **خدمات مساعدة/ تكميلية Anciliary services**

وحدات وظيفية تدعم برنامج رئيسي. فمثلا انماط العلاج الكلامي. والعلاج النفسي. والعلاج الجسمي. يجب ان توضع في الاعتبار كخدمات مساعدة. او تكميلية لعملية التأهيل الطبي الشامل.

- **اندروجين Androgen**

الهرمون الجنسي الذكري ويسمى أحيانا التستوسترون.

- **الطريقة القصصية Anecodotal (Method)**

وسيلة لتسجيل وتحليل سلوك الطفل عن طريق الملاحظة وتسجيل الملاحظة في صورة قصصية.

- **سجل قصصي Anecdotal record**

موجز مكتوب للسلوك المستخدم للمساعدة في تفهم فعالية الحالة.

- **خدر Anesthesia**

اشاعة الحس جزئيا او كليا ويستعمل هذا المصطلح بخاصة بالنسبة للاحساس الجلدي. ومثال ذلك فقدان الاحساس.

- **الغضب Anger**

انفعال يبدو كرد فعل حيال القيود التي قد تفرض على الفرد او التهديد الذي قد يوجه محوه. أو قد يكون وسيلة لجذب الانتباه او الحصول على الثواب. ويتم التعبير عن انفعال الغضب بطرق مختلفة. صريحة او مستترة. هادئة او عنيفة.

- **خلفة Anorexia**

فقدان الشهية الى الطعام بشكل واضح او مبالغ فيه.

- **سابق (متقدم) Antecedent**

حالة او حدث تسبق الاستجابة. ويلاحظ انه مرتبط بحدوثها.

- **حدث سابق (متقدم) Antecedent event**

الحادث غير المتوقع الذي يسبق استجابة. ويحكم عليها بأنها مرتبطة بالاستجابة.

- **مثير سابق (متقدم) Antecedent stimulus**

أي مثير يسبق السلوك. فقد يكون له صفة ضبط وتحكم في السلوك. او قد لا يكون له ذلك.

- **فقدان الذاكرة اللاحق Auterograde amnesia**

نسيان ما كان قد جرى اثناء حادث مزعج او بعده ويفترض ان سبب ذلك هو ان ما يجري لا يترك انطباعا.

- **مضاد للمجتمع Antisocial**

معاكس للمجتمع وللمنظمات الاجتماعية القائمة وقوانينها الاخلاقية.

- سلوك لا اجتماعي Antisocial behavior

نمط سلوكي عادة ما يكون مضادا لقيم واخلاق المجتمع المتعارف عليها.

- استه، شرج Anus.

- غيرية Intrusions

نوع من السلوك يهتم بمصلحة الاخرين ورفاههم بدلا من اهتمامه بمصلحة الانسان نفسه ورفاهه.

- القلق Anxiety

حالة انفعالية دافعية مركبة نستدل عليها من عدد من الاستجابات المختلفة. وقد يكون القلق موضوعيا كرد فعل طبيعي لمواقف ضاغط. أو مرضيا كحالة مستمرة منتشرة غامضة مهددة.

- عصاب القلق Anxiety neurosis

مرض نفسي يتصف بالقلق دون توفر الاسباب الكافية له.

- رجاع القلق Anxiety reaction

رجاع عصابية العرض الرئيسي فيها هو القلق. وحين تتخذ هذه الرجاع شكلها الحاد فقد تكون مصحوبة باضطرابات جسدية قاسية.

- فتور الشعور Apathetic

اللامبالاة. وهو عرض المشاعر التي تفتقد النشاط او القوة.

- تبلد، لا مبالاة Apathy

(1) حالة نفسية تتصف بغياب الشعور والانفعال وذلك في مواقف واوضاع تستدعي عادة مثل هذه الرجاع، (2) لا مبالاة مرضية تعتبر العرض الرئيسي في الحالات النفسية المرضية

- فقدان الشهية Aphagia.

- الحبسة (الكلامية) Aphasia

اضطراب يشتمل على اشاعة المعنى الكلامي من مثل اضاعة القدرة على فهم ما يسمع او ما يقرأ. اما الحبسة الحركية فهي اضاعة القدرة على اللفظ الواضح.

- **بكم Aphrasia**

عدم قدرة الفرد على التكلم أو الكتابة بصورة واضحة معقولة بسبب الاصابة بالشلل. او قد يكون بسبب تجنب الاخرين.

- **خبل/ عته Aphronesia**

مرض عقلي يتضح في اعراض العته او الخبل او الجنون

- **العمه الحركي Apraxia**

اضطراب عقلي مصحوب بضرر دماغي. والعرض الاساسي لهذا المرض هو عدم القدرة على تذكر كيفية القيام بأفعال ماهرة كسوق السيارة مثلا.

- **شهوة Appetite**

(1) الشهوة للطعام (الشهية). الاستعداد للأكل، (2) الشهوة الجنسية

- **مدى التبصر Apprehension span**

عدد من الاشياء او الموضوعات التي يدركها الفرد على نحو صحيح حينما تعرض لفترة طويلة تسمح بحركة العين.

- **اقدام Approach.**

- **صراع الاقدام/ الاقدام Approach – approach conflict**

موقف يكون الفرد فيه في صراع نتيجة مواجهته امام هدفين او خيارين او اكثر مرغوبة بصورة متساوية. الا انهما خياران او هدفان متضاربان.

- **صراع الاقدام الاحجام Approach – avoidance conflict**

موقف يكون الفرد فيه واقع تحت صراع نتيجة مواجهته عمل اختيار او السعي لتحقيق هدف يكون له جانب سلبي وجانب ايجابي.

- **سلوك مناسب / ملائم Appropriate behavior**

انماط سلوكية مقبولة اجتماعيا. وتتمثل في الانماط السلوكية التي يرغب في تدعيمها. وعادة ما تكون الانماط السلوكية التكيفية

- الاستعداد Aptitude

القدرة الطبيعية لاكتساب انماط من المعرفة او المهارة. وتتحدد باختبارات تعرف باختبارات الاستعداد.

- اختبار الاستعداد Aptitude test

مقياس يجري بغرض التعرف على امكانات قدرة الفرد على اداء انماط معينة من النشاط. او التهيؤ للتعلم في مجال معين.

- الرطوبة المائية Aqueous humor

مادة مائية موجودة خلف العين.

- الوسط الحسابي Arithmetic mean

هو حاصل قسمة مجموعة القيم الاحصائية على عددها. وهو احدى القيم المركزية للتوزيعات التكرارية واهمها.

- فني Artistic

- العلاج بالفن Art therapy

استخدام الفن سواء كانت انشطة او ادوات معينة كوسيلة لتخفيف التوتر الانفعالي وللأغراض العلاجية.

- معالج بالفن Art therapist

اخصائي مهني مدرب في استخدام وسائل الفن كوسيلة علاجية او للتعامل مع انماط متنوعة من الافراد المعوقين / او ذوي المشكلات السلوكية

- طموح Aspiration

التطلع الى الوصول الى هدف انجازي معين. ومن هنا كان مصطلح مستوى الطموح Level of aspiration

- تقييم Assessment

تقييم فرد فيما يخص صفاته المختلفة

- التمثل Assimilation

(1) ادراك معنى الاشياء او الظاهرات بواسطة استيعاب الحاضر في ارتباطه بالماضي.
(2) عملية تكييف المعلومات الجديدة وفقا لما يعرفه الانسان سابقا

- وسائل مساعدة Assistive devices

أدوات تعويضية. ماكينات، كمبيوتر، تستخدم لمساعدة الافراد المعوقين جسميا.

- الطريقة الترابطية Associated method

طريقة تدريبية متعددة الحواس. طورتها مارجريت مكجنز في المعهد المركزي للصم بسانت لويس لتدريس الكلام. وبرنامج اللغة الكاملة للاطفال الصم والمصابون باضطرابات لغوية.

- ربط، ترابط Association

عملية الجمع والوصول. الربط بين مثير واستجابة او بين استجابتين متتاليتين او بين فكرتين او اكثر.

- ربطية Associationism

النظرة الى التعلم بوصفه ناتجا عن الحدوث المعي للمثير والاستجابة. وبصورة اعم النظرة الى ان العمليات العقلية تترابط حين تحدث معا.

- تداعي / ترابط Associative.

- نحيل Asthenic

نحيف، منتسب الى مقدمة الدريقة الخارجية (شلدون)

- التنجيم Astrology

اتجاه قديم لا علمي. يذهب الى اعتبار النجوم والاجرام السماوية والابراج الفلكية تتحكم في مصائر الافراد وفي سير حياتهم بل وفي مستقبلهم مثلما يرد في بعض الصحف عن التنبؤ بطالع الفرد.

- عدم التناسق العضلي Ataxia

- اكتساب، تحصيل Attainment

الحصول على المعارف والمهارات.

- ارتباط / التصاق Attachement

تعلق او ولع مرضي بشخص آخر.

- الانتباه Attention

تركز نشاط اعضاء الحس على موقف مثير معينز وانتفاء المثيرات ذات الدلالة.

- الاتجاه Attitude

استجابة ازاء موضوع معين (اجتماعي في الغالب) او رمز هذا الموضوع. تقوم على تنظيم للسلوك الذي يتضمن جوانب وجدانية ومعرفية ونزوعية لنماذج معينة من السلوك.

- تعلم الخصائص (تعلم خصائص المفاهيم) Attribute learning (Attribute concept learning)

شكل من اشكال تعلم المفاهيم. فيه ينبغي ان يلاحظ المتعلم الاختلافات بين المثيرات.

- سمعي بصري Audiovisual

يشتمل على السمع والبصر معا.

- حاسة السمع Audition

وهي الاحساسات التي تستدعيها الأذن كعضو السمع.

- ديكتاوري Authoritarian.

- متوحد Autistic

متجه نحو الذات

- شبقية ذاتية Autoerotism

فعالية جنسية مصدرها الذات ومتجهة نحو الذات. نصف الحياة الجنسية للأطفال وبعض العصابيين.

- الجملة العصبية المستقلة Autonomic nervous system

وتشتمل على الجملة الودية ونظيرة الودية. وهي تضبط الاعضاء الداخلية المختلفة (الاحشاء) للجسم من مثل القلب والمعدة والغدد، وهي مستقلة نسبيا.

- **الجهاز العصبي الذاتي (اللاارادي)Autonomous nervous system**

احدى المجموعات الفرعية للجهاز العصبي التي تسيطر على تغذية جميع العضلات اللاارادية كالقلب وجدران الأوعية. وتخضع لتنظيم المخ.

- **استقلال Autonomy.**

- **ايحاء ذاتي Autosuggestion**

ايحاء صادر عن الفرد نفسه.

- **القيمة المتوسطة Average**

قيمة تمثل الوضع المركزي للتوزيع التكراري

- **الاشراط الاحجامي (التجنبي) Avoidance conditioning**

مزيج من الاشراطين الكلاسيكي والوسيلي ينظم بحيث يستطيع المجرب عليه ان يتصرف تصرفا يجنبه الصدمة او العقاب وذلك اذا قام باستجابة توقعية.

- **التعلم الاحجامي Avoidance learning**

تعلم الابتعاد عن المثيرات غير المرغوبة. من الناحية الاخلاقية غالبا. لأن استجابة الاقدام تخضع للكف بواسطة بعض جوانب الموقف لالمثير التي ترتبط بالعقاب في الماضي. ومن امثلة هذا التعلم مقاومة الاغراء.

- **التدريب الاحجامي (التجنبي) Avoidance training**

تدريب العضوية على تجنب العقاب عن طريق القيام باستجابة مناسبة.

- **وعي/ فهم Awareness**

- **محور Axis**

للخط لبياني محوران احدهما عمودي والآخر افقي.

- **محور الخلية العصبية Axon**

الجزء من الخلية العصبية الذي يحمل التيار العصبي بعيدا عن جسم الخلية والى الفرجون النهائي.

B

- Background خلفية

في الادراك البصري كل ما يظهر في الساحة الخلفية من صورة او شكل مجسم ولا ينتمي اليها او اليه.

- Backward conditioning الاشراط الرجوعي

اشراط كلاسيكي يسبق فيه المثير غير الاشراطي المثير الاشراطي. وهو اشراط يحدث بصعوبة.

- Basilar membranes الغشاء القاعدي

غشاء موجود في قاعدة قناة قوقعة الاذن وله وظيفة هامة في السمع.

- Beats النبضات

تذبذبات دورية في ارتفاع الصوت ناتجة عن مقامين صوتيين من تكرار متماثل.

- Becoming صيرورة

- Behavior السلوك

(1) نشاط الكائن الحي (الأورجانزم) قابل للملاحظة والاستنتاج. وهو نشاط كل مركب يتضمن جوانب معرفية وحركية وانفعالية. (2) كل ما تفعله العضوية او تقوله.

- Behaviorism المدرسة السلوكية

نظرية شائعة في علم النفس الحديث. مؤسسها واطسون عالم النفس الامريكي. تذهب الى ان الموضوع الملائم فحسب لعلم النفس هو السلوك القابل للملاحظة والقياس. وان الملاحظات الموضوعية للسلوك تمثل المضامين الملائمة لعلم النفس.

- Behavior modification تعديل السلوك

- Being كينونة

- Belief اعتقاد

قبول مبدأ او نظرية او قول او سواها على اساس من براهين تعتبر مقبولة.

- Belief system. نظام المعتقدات

- تقليل شان الاخرين Belittling

رجع تعويضي يزيد الفرد في تقديره لذاته عن طريق التقليل من شأن ما يفعله الاخرون او ما كانوا قد فعلوه.

- المنحى الجرسي Bell – shaped curve

منحنى على شكل الناقوس ويمثل بشكل عام التوزيع الطبيعي لأية ظاهرة نفسية او اجتماعية او فيزيائية في عينة عشوائية او في المجتمع الاحصائي كلية.

- جنسية حيوانية Bestiality

التواصل الجنسي بين انسان وحيوان

- منماز Bias

- طريقة ترجمة الحياة Biographical method

تتبع نمو السلوك عن طريق سرد الحوادث التي حدثت في مختلف مستويات العمر

- لوم Blaming

- لوم الاخرين Blaming others

التماس العذر للذات بنسبة اللوم على الاخرين.

- البقعة العمياء Blind spot

البقعة غير المحسوسة على شبكية العين. حيث لا يتم توصيل المدرك البصري من مقلة العين الى مراكز البصر في الدماغ.

- ملل Boredom

حالة تشتت الانتباه غير سارة. ناتجة عن رتابة العمل الذي يقوم به الانسان ووجود موانع تمنع من تغييره.

- الدماغ Brain

مصطلح يدل على مجموع النسيج العصبي الموجود في اعلى الحبل الشوكي ويشتمل على جذع الدماغ والمخيخ والمخ كما يمثل الجزء الاكبر من الجهاز العصبي المركزي. ويقع في التجويف الجمجمي.

- **النشاط الانعكاسي للمخ Brain reflective activity**

نشاط المخ الانساني في أن يعكس الواقع الموضوعي المؤثر على الكائن الحي. حيث تحدد العلاقة المتبادلة بين الميكانزمات الفيسيولوجية لعمل المخ والمؤثرات البيئية الثقافية خصائص العمليات النفسية ومستوياتها.

- **جذع الدماغ Brain stem**

ما يبقى من الدماغ اذا استثنينا المخ او المخيخ. على ان بعض علماء الاعصاب لا يدخلون السرير البصري والجسم المخطط في جذع الدماغ.

- **غسل الدماغ Brain washing**

حمل الناس على تغيير مواقفه وسلوكهم وتوجيهها في اتجاه مغاير وذلك عن طريق اشكال مختلفة من الضغط الاجتماعي وربما عن طريق التعذيب الجسدي.

- **لمعان** Brightness

شدة الضوء. وقد تستعمل للدلالة على الذكاء الشديد.

C

- **طريقة دراسة الحالة Case – history method**

وهي قوام الطريقة الاكلينيكية في البحث. تقوم عادة على اجراء بحث تفصيلي عن شخص واحد. وقد تستخدم في الدراسة اختبارات ومقاييس الا ان الاهتمام عادة ما يكون موجها الى ملاحظة مواقف الحياة اليومية والى عقد المقابلات الشخصية مع الحالة او مع الآخرين في مجال الفرد الحيوي.

- **الكفاءة، القابلية Capacity**

مشابهة للاستعداد Aptitude في اشارتها الى الانجاز الممكن الكامن بدلا من الانجاز الفعلي.

- **مهن/ مهني Career.**

- **اختيار مهني Career choice.**

- **تربية مهنية Career education.**

- **تاريخ الحالة، دراسة الحالة Case history.**

جمع المعلومات التي تفيد بناء تاريخ فرد ما وذلك بهدف فهم مشكلاته ومساعدته على التكيف.

- **دراسة حالة Case study.**

- **اخصاء Castration**

ازالة الغدد التناسلية من كلا الجنسين.

- **قلق الاخصاء Castration anxiety**

الحالة النفسية المرتبطة بالخوف من الاخصاء.

- **مركب عقدة الاخصاء Caster complex**

مركب نفسي لا شعوري مقترن بالخوف من اضاعة الاعضاء التناسلية او ما يتصل بها.

- **الفصام التخشبي Catatonic schizophrenia**

نوع من الفصام يتميز بأعراض من مثل السلبية البالغة واتخاذ اوضاع انتصابية غريبة.

- **علة، سبب Cause**

ظاهرة او امر او مجموعة من الظواهر والامور متصلة بظواهر او امور اخرى بحيث انه اذا غابت الاولى لم تظهر الثانية.

- **خلية Cell**

الوحدة الاساسية للبناء في العضوية الحية

- **جسم الخلية Cell body**

جسم الخلية العصبية هو القسم المركزي المنظام منها. اي انه هو الخلية العصبية باستثناء الاستطالات المحورية.

- **الجهاز العصبي المركزي Central nervous system**

وهو المجموعة العصبية الرئيسية التي تتألف من المخ والنخاع الشوكي.

- **النزعة المركزية Central tendency**

كل قيمة انموذجية او ممثلة. من مثل الوسط الحسابي والوسيط والمنوال... الخ

- الطريقة المركزية Centurion method

احدى الطرق المتبعة في التحليل العاملي وضعها ثورستون وهي للبحث في النزوع المركزي لأية ظاهرة اي التركز في الوسط والتجمع حول قيمة ما.

- المخيخ Cerebellum

احد اجزاء المخ الخلفي ويتصل بجذع الدماغ بالقنطرة. يقوم بوظائف تنسيق النشاط الحركي.

- مخي، دماغي Cerebral

نسبة الى المخ او الدماغ

- القشرة الدماغية، اللحاء Cerebral cortex

القشرة الخارجية للمادة السنجابية الدماغية وهي مركز الكثير من التكيفات العصبية المعقدة.

- النصفان الكرويان للمخ Cerebral hemisphere

بناءان يصل بينهما الجسم الثفني ويؤلفان معا المخ الامامي. ويغلقان كل اجزاء المخ باستثناء المخيخ الذي يوجد اسفل منهما. ويتضمنان فصوصا تتخذ اسماءها من مناطق الجمجمة التي تعلوها.

- المخ Cerebrum

الجزء العلوي والاكبر من الجهاز العصبي المركزي. ويقع داخل الجمجمة.

- الطبع، الخلق Character

وجه من وجوع الشخصية يشمل بخاصة الصفات الاكثر ديمومة ذوات المعنى الاخلاقي والاجتماعي.

- مميز Characteristic.

- سيكولوجية الطفل، علم نفس الطفل Child psychology

فرع من فروع علم النفس يبحث في نمو الحياة العقلية للاطفال وسلوكهم. وذلك منذ الولادة وحتى النضج.

- لوني Chromatic

صفة لتغيرات الخبرة البصرية وذلك بوجود الصبغة.

- **الكرموموسومات (الصبغيات) Chromosome**

داخل السيتوبلازم توجد نواة تتضمن ما يعرف بالصبغيات التي تتحكم في وراثة الكائن الحي. حيث تكمن داخل الصبغيات وحدات أصغر تعرف بالمورثات (الجينات).

- **مزمن Chronic**

يدوم فترة طويلة من الزمن.

- **العمر الزمني Chronological age (CA)**

العمر الحياتي للكائن الحي.

- **مزمان Chronoscope**

آلة لقياس سرعة الرجع.

- **الفراهة Clairvoyance**

مظهر من مظاهر الادراك فوق الحسي. ويعني معرفة ما يقع في وقت آخر او مكان آخر.

- **الاشتراط البسيط Classical conditioning**

نظرية الاشتراط كما قررها بافلوف العالم الفسيولوجي الروسي في الثلث الاول من القرن العشرين. حيث اكتشف الفعل المنعكس الشرطي عندما كان مهتما بدراسة فسيولوجيا الهضم لدى الكلاب.

- **التصنيف Classification**

عملية عقلية معرفية. يتم بها تجميع اشياء او ظاهرات معينة – على اساس ما يميزها من معالم عامة مشتركة – تحت مفاهيم عامة تعني فئات معينة من هذه او تلك من الاشياء او الظاهرات. وهي بالتالي عملية "انساب" أو "عزو" الشيء أو الظاهرة الى فئة معينة.

- **وضوح Clearness**

مظهر من مظاهر الانتباه، بمعنى ان ما ننتبه اليه يصبح واضحا.

- **العلاج المركز على العميل Client – centered therapy**

طريقة من طرق العلاج النفسي. تقوم على نماء علاقة علاجية. فيها يساعد المعالج (أو المرشد) المريض على تنمية فهمه بمشكلاته وتبصره بحلولها.

- الطريقة الاكلينيكية Clinical method

احدى طرق منهج البحث الوصفي. تعرف احيانا بطريقة دراسة الحالة. تجمع بين طرق استخدام الاختبارات والملاحظة الطبيعية بهدف التوصل الى نظام من المعلومات عن الفرد. تستقى من الحالة ذاتها او من السجلات والمذكرات اليومية او من مصادر اخرى. حتى يمكن تحديد صورة متعمقة عن تطور تاريخ الحالة منذ البداية والظروف التي صاحبتها في تغيرها.

- علم النفس الاكلينيكي، او العيادي Clinical psychology

فرع من فروع علم النفس يعنى بتشخيص الاضطرابات النفسية الخفيفة وعلاجها من مثل عيوب الكلام والمصاعب المدرسية والعصابات.

- الغلق Closure

ميل الانسان الى سد الفجوات وملئها. وبالتالي عدم ادراك المثيرات ناقصة او غير مكتملة. وذلك لكي يدرك المثيرات ككل ذي معنى.

- قوقعة الاذن Cochlea

بناء ملتف في الاذن الداخلية يحتوى على الجوابذ الاساسية في السمع.

- القناة القوقعية Cochlear canal

قناة موجودة في قوقعة الاذن

- شيفرة Code

منظومة من الرموز (كرموز مورس) لنقل المعلومات.

- معامل الارتباط Coefficient correlation

أسلوب احصائي يهدف الى قياس الاقتران القائم بين اي ظاهرتين قياسا علميا احصائيا دقيقا.

- معامل الاختلاف Coefficient of variability

عملية احصائية تحسببواسطتها درجة الاختلاف بين مجموعتي قياس.

- اثر معرفي Cognitive effect.

- **الاسلوب المعرفي Cognitive style**

(1) الفروق بين الافراد في كيفية أداء العمليات المعرفية مثل الادراك او التفكير او حل المشكلات بصرف النظر عن موضوع او محتوى هذه العمليات. (2) مصطلح شامل يدل على العمليات التمييزية تبتدىء من اخذ العلم بالاشياء المدركة الى جميع اشكال المحاكمة.

- **السلوك الجمعي Collective behavior**

سلوك الجماعة، سلوك الافراد الذين يتبادلون التفاعل.

- **عمى الالوان Color blindness**

ضعف او ضرر يلحق بالاحساس بالصبغة كما يحدث في حالة العمى عن اللونين الاحمر والاخضر حيث يجد المريض صعوبة في تمييز الاحمر من الاخضر عن الالوان الرمادية التي يكون لها نفس المستوى من اللمعان.

- **حافز اجتماعي مشترك Common social motive**

حافز منتشر في جماعة حضارية معينة. ويعود بأصله الى الاثار الاجتماعية التي يخضع لها الاطفال. ويتميز عن الدافع الذي يعود بأصله الى التكوين الفيزيولوجي للعضوية.

- **تواصل Communication**

نوع من التفاعل المتبادل حيث يكون سلوك عضوية ما بمثابة مثير لسلوك عضوية أخرى.

- **المقارنة Comparison**

عملية عقلية معرفية يتم بها ملاحظة أوجه الشبه والاختلاف بين الظاهرات في سياق علاقات معينة. تطابقها او تناقصها.

- **تعويض Compensation**

آلية نفسية يخفي الانسان بواسطتها صفة غير مرغوب فيها عن طريق اظهار صفة مرغوب فيها ثم المبالغة في اظهار هذه الصفة الاخيرة.

- **مركب نفسي، عقدة نفسية Complex**

فريق من الافكار ذات المسحة الانفعالية. ولها فعاليات لا شعورية بمعنى انها مكبوتة جزئيا او كليا.

- القسر Compulsion

افعال او حركات متكررة او نمطية. يشعر الفرد بالالزام والاجبار للاتيان بها. وغالبا ما تكون هذه الانماط السلوكية طقوسية.

- المفهوم Concept

رمز او كلمة او تسمية يتضمن فئة من الشياء او الخصائص العامة المميزة لهذه الفئة. والمفهوم بذلك فكرة معممة وانعكاس معمم للواقع وغالبا ما يكون عبارة عن علاقة او قاعدة للتصنيف.

- تكوين المفاهيم Concept formation

عملية تعليم التصنيف الملائم للظاهرات او الاحداث او الاشياء باستخدام رمز معين (كلمة غالبا) تتطلب تعلم تمييز الاختلافات ذات الدلالة بين المثيرات.

- تعلم المفاهيم Concept learning

تكوين الفرد للمفاهيم واكتسابها واستيعابها في سياق عملية التعلم.

- التفكير التصوري Conceptual thinking

شكل راق من اشكال التفكير. يقوم على تكوين المفاهيم واستخدامها كوسائط رمزية للتفاعل مع العالم الخارجي المحيط بالانسان.

- تكوين المفاهيم، الاخصاب Conception

بالمعنى السيكولوجي تكوين المفاهيم او اختبارها. وبالمعنى البيولوجي تلقيح البويضة

- مفهومي Conceptual نسبة الى المفهوم

- مهم/ اهتمامات Concerns

- محسوس، مشخص Concrete

ما يصف الشيء او المخلوق او الموضوعاو الحادث مما يدرك بالحواس. وهو ضد المجرد

- التفكير الحسي (المحسوسات) Concrete thinking

التفكير بالاشياء المحسوسة الخاصة من مثل (تفاحة واجاصة وموزة) وذلك خلافا للتفكير بالزمر (من مثل الفاكهة) وهذا الاخير تفكير مجرد ومفهومي.

- **الواقعية Cocreteness**

- **الارتباط بالمحسوسات Concretization**

عملية عقلية معرفية. بها ينتقل الفرد مرة أخرى من التجريد والتعميم الى الواقع الحسي. حيث يتم الربط الوثيق بين المجردات والمحسوسات.

- **تكثيف Condensation**

اندماج الافكار. كما يحدث في الحلم. حيث يرمز امر او وضع الى امور او اوضاع اخرى كثيرة.

- **الاستجابة الشرطية Conditioned response**

الاستجابة المنتظمة التي تشبه الاستجابة غير الشرطية مثل افراز اللعاب لمثير الصوت في تجارب بافلوف.

- **المثير الشرطي Conditioned stimulus**

المثير الاصلي الذي يسبق تقديم المثير غير الشرطي. مثل صوت الشوكة الرنانة في تجارب بافلوف.

- **اشراط Conditioning**

العملية التي يتم بواسطتها تكوين الاستجابات الاشراطية. ويستعمل احيانا كمرادف للتعلم.

- **سرية Confidentiality**

- **الصراع Conflict**

تنافس او تضارب بين نزعتين او حاجتين او اكثر. يخلق حالة من التردد والحيرة في اتخاذ القرار. وعادة ما تصاحب بتوتر انفعالي.

- **خلط Confusion**

(1) اختلاط الافكار، دون رابط منطقي بينها ان النتائج التي يتوصل اليها المصاب لا تنتج عن مقدماته، (2)حالة نفسية تتصف بانعدام التفكير الواضح كما تتصف بالاضطراب الانفعالي واحيانا باضطراب الادراك.

- **ولادي Congenital**

موجود منذ الولادة ولكنه ليس بالضرورة فطريا.

- العائلة الواحدة Conjoint family
- ربط، رابط Connection

(1) ايجاد اي نوع من الصلة بين عنصرين عقليين منفصلين او حادثين منفصلين (2) الرابطة التي توجد على النحو السابق ذكره.

- الربطية Connectionism

النظرية التي تقول بان جميع العمليات العقلية تنحصر في عمل الروابط الفطرية او المكتسبة فيما بين الاوضاع والاستجابات (ثورندايك).

- الضمير Conscience

نظام الفرد فيما يتبناه من مبادىء معنوية مقبولة. أو فيما يرتضيه من قواعد للسلوك. ويستثار الضمير حينما يقترف شخص فعلا يعلم انه من الافعال المحظورة او يخفق في ان يقوم بعمل يلتزم به. اي يخلق نشاط الضمير مشاعر الذنب. ويقدم مفهوم الانا الاعلى في نظرية فرويد تفسيرا لطبيعة الضمير وأصله ونموه وتوظيفه.

- شعوري Conscious

ممتلك للوعي اي للاحساس والشعور.

- نتيجة Consequence
- خبرة شعورية Conscious experience

خبرة يعيها الفرد وذلك تمييزا عن الخبرة الماضية التي قد يكون الفرد واعيا لها او لا يكون في الوقت الحاضر. والخبرات الشعورية هي ايضا الخبرات التي يستطيع الفرد التعبير عنها او وصفها من مثل الخبرات الحسية والمشاعر.

- الشعور Consciousness

الوعي، مجموعة الخبرات الشخصية في لحظة ما.

- ثبات الادراك Constancy of perception

احتفاظ الاشياء بشكلها وحجمها ولونها رغم تغير الانطباعات الحسية التي استقبلها منها.

- **ظاهرة الثبات Constancy phenomenon**

ميل اللمعان او اللون او الحجم او الشكل الى البقاء ثابتة نسبيا بالرغم من التغير الملحوظ في الانارة.

- **التفكير البنائي Constructive thinking**

عملية تفكيرية تنتهي بانتاج احكام جديدة وهي موجودة في اساس الاختراعات والكشوفات العلمية.

- **سياق Context**

الاطار العام لحادث ما، مجموعة الشروط التي تؤثر في فرد ما في وقت معين وتكون الاطار العام لخبرة من خبراته.

- **اقتران، تماس Contiguity**

تقارب شيئين او خبرتين او اكثر في الزمان او المكان دون ان يفصل بينهما فاصل.

- **استمرار Continuity**

غياب الفاصل او الهوة بين امرين او متواليين.

- **مستمر Continuous**

متصف بالاستمرار.

- **الضبط Control**

هدف من اهداف العلم. حيث يسعى العلم للوصول الى درجة من الفهم العميق لقوانين الطبيعة او السلوك بحيث لا يقف عند حد التنبؤ بل يزيد من قدرته على السيطرة على الظاهرات والاحداث وتوجيهها.

- **فريق الضبط، المجموعة الضابطة Control group**

فريق ممكن المقارنة بفريق التجريب في كل الامور باستثناء الشرط الموضوع تحت البحث.

- **مضبوط Controlled**

منوع او مثبت بحسب المواصفات وذلك من قبل الباحث.

- **الرجع التحويلي Conversion reaction**

رد فعل عصابي اعراضه هي الشلل الوظيفي او الخدر او الرجاع الانفعالية غير المضبوطة والاضطرابات الفيزيولوجية العامة. وتسمى هذه الرجاع تحويلية على اعتبار ان القلق يتخذ شكلا آخر ولا سيما شكلا فيزيولوجيا.

- **تشنج Convulsion**

تقلص شديد في مجموعة من العضلات يسببه عمل الجملة العصبية المركزية.

- **القرنية Cornea**

الطبقة الخارجية الشفافة للعين.

- **الجسم الجاسيء Corpus coliseum**

الجسم الذي يصل بين نصفي الكرتين الدماغيتين.

- **الجسم المخطط Corpus striatum**

جزء من الدماغ الامامي موجود في قاعدة كل نصف كرة دماغية يهتم بالدرجة الاولى بالوظائف الحركية.

- **الارتباط Correlation**

أسلوب احصائي يعني التغير الاقتراني. اي النزعة الى اقتران التغير في ظاهرة بالتغير في ظاهرة أخرى.

- **مصفوفة معاملات الارتباط Correlation matrix**

جدول متناسق بالنسبة لقنطرة ترصد فيه معاملات الارتباط بين جملة الاختبارات التي يعالجها التحليل العاملي. ويدل على العمود الرأسي الاول والسطر الافقي الاول على ارقام الاختبارات وتدل الخلايا الداخلية على معاملات الارتباط.

- **اللحاء Cortex**

القشرة، الطبقة الخارجية من مثل لحاء الكظر او لحاء الدماغ (القشرة الدماغية)

- **مسترشد Counselee**

- ارشاد Counseling

توجيه نفسي، افرادي يقدمه عالم نفس او مختص بالتربية لفرد ما تمكينا له من حل مشكلاته الشخصية او الفنية او التربوية.

- مرشد Counselor

- اشراط مضاد Counter conditioning

- تحويل معاكس Counter iransformation

- التجويف الجمجمي Cranial cavity

ويتضمن الدماغ – الجزء الاكبر من الجهاز العصبي المركزي

- الاعصاب القحفية Cranial nerves

اثنا عشر زوجا من الاعصاب متصلة بجذع الدماغ بما في ذلك الاعصاب السمعية والشمية والبصرية.

- التفكير الابتكاري Creative thinking

نشاط نفسي مركب يعكس مجموعة من الشروط التي تمكن الشخص من الربط غير العادي للافكار بما يحقق نواتج جديدة تتضح في اسلوبه في معالجة المواقف او المشكلات المختلفة.

- تبلور Crystallization

- الاختبارات المرجعية الميزان Criterion – referenced tests

هي الاختبارات التي ينسب فيها اداء الفرد الى محتوى الاختبار ذاته وليس الى اداء الافراد الاخرين كما في حالة الاختبارات المرجعية المعيار.

- قماءة، قدامة Cretinism

بناء وسلوك غير سويين ناتجان عن نقص في افراز الغدة الدرقية اثناء النمو الباكر.

- الدراسات الحضارية المقارنة (او دراسات ما بين الحضارات) Cross – cultural studies

الدراسات التي تقارن بين نماذج السلوك الانساني ومستوياته في اوساط ثقافية متباينة في تكوينها وفي درجة تمدينها.

- الطريقة المستعرضة Cross – sectional method

نموذج من الطرق التتبعية التطورية الوصفية. يقوم على تطبيق مجموعة واحدة من المقاييس على اطفال مختلفين من كل مستوى عمري.

- الثقافة Culture

اسلوب حياة جماعة من الجماعات. يمثل الوراثة الاجتماعية التي يشب عليها الطفل وينشأ فيها.

- المنحنى التكراري المتجمع Cumulative frequency curve

رسم توضيحي للتوزيع التكراري المتجمع

- فضول، حب الاستطلاع Curiosity

نزعة، يعتبرها الكثيرون من علماء النفس ولادية، للبحث عن المعلومات او المعارف وبخاصة للحصول على المعلومات بخصوص حادث معلوم جزئيا.

- منحنى، خط بياني Curve

رسم توضيحي للتوزيع التكراري يتألف من محورين متعامدين يسمى الافقي منهما محور السينات والعمودي محور العينات. ويطلق على تقاطعهما اسم (نقطة الاصل) والمنحنى التكراري هو الخط الذي يصل بين النقاط المتتالية التي تدل على تكرار كل قيمة من القيم الموجودة على مجور السينات.

- اعراف/ تقاليد Customs

- السيتوبلازم Cytoplasm

الاطار المحيط بالخلية الجرثومية المخصبة (الزيجوت) يتألف من مادة جبلية. تمثل بيئة داخلية للخلية تؤثر على تكوين الجنين.

D

- اتخاذ قرار Decision – making

- عزم، تصميم Decision

صياغة مجرى العمل مع نية اكيدة في تنفيذه. ويأتي عادة بعد محاكمة ومناقشة ويسبق التنفيذ انحدار Decline.

- **الاستنباط Deduction**

عملية عقلية استدلالية بها نستنتج ان ما يصدق على الكل يصدق ايضا على الجزء.

- **الدالتونية، العمى اللوني Daltonism**

نسبة الى العالم الكيميائي دالتون كان مصابا بعمى اللونين الاحمر والاخضر. عدم التمييز بين الالوان ولا سيما الاحمر والاخضر.

- **الوقائع، المعطيات Data**

هي مجموعة من الحقائق المعلومة (او المعطاة) تبنى عليها مناقشة علمية.

- **حلم يقظة Day dream**

تفكير راغب اولا هدف له يتم اثناء اليقظة ويتخذ شكل سلسلة طويلة من الخيالات غير المضبوطة والمغامرات الخيالية.

- **آلية الدفاع Defense mechanism**

تكيف يعمل الفرد بواسطته على تجنب الاعتراف بأفكار تثير قلقه او تهدد تقديره لذاته.

- **سمة مرجاة Deferred character**

سمة طبيعية يرثها الفرد عن اسلافه ولكنها لا تظهر الا بعد بعض الوقت من الولادة

- **انحلال Degeneracy**

حالة تتصف بانحراف كبير جدا في السلوك عن معايير المجتمع الذي ربي فيه الفرد وقد يكون الانحراف ولاديا او مكتسبا.

- **مداولة Deliberation**

نوع من التفكير يقارن فيه بين مجريين او اكثر من مجاري العمل.

- **جانح Delinquent**

مصطلح يستعمل للدلالة على الخارجين على القانون من الاحداث. كما يستعمل ايضا للدلالة على مقترف ذنب لا يصل مرتبة الجريمة.

- **جنوح Delinquency**

الخروج على القانون في سن الحداثة، ذنب لا يصل مرتبة الجريمة.

- **هتر، هذيان Delirium**

حالة نفسية يكون فيها الشعور غائما وتكون مصحوبة بالاوهام والهلوسة ويمجرى افكار غير متناسق. كما يرافقها عدم الراحة والاصابة بالحمى.

- **هذاء، انخداع Delusion**

اعتقاد خاطيء. كثيرا ما يكون مظهرا من مظاهر المرض العقلي.

- **خرف، خبل Dementia**

انحلال دائم في الذاكرة والمحاكمة، اما عضوي او وظيفي.

- **خرف الشباب Dementia praecox**

نوع من الفصام يطلق على انحلال عقلي واضطرابات نفسية تصيب المريض فيما بين سن الخامسة عشرة والثلاثين من العمر.

- **استطالة Dendrite**

جزء من العصبون (الخلية العصبية) يحمل السيالة العصبية الى جسم الخلية.

- **الاعتماد Dependency**

دافع ايجابي ينمو في فترة مبكرة من حياة الفرد. ويعنى الحاجة لأن يقوم الآخرون بحل مشكلة الفرد وبتهيئة الامان له وبمساعدته على تحقيق حاجاته الأخرى.

- **المتغيرات التابعة Dependent Variables**

وهي النواتج او المترتبات التي تعتمد على ظروف أخرى تعتبر مسؤولة عن حدوثها او وقوعها بشكل أو بآخر. مثل مظاهر معينة من السلوك.

- **اختلال الانية (الأنا) Depersonalization**

عند الفرد حالة مرضية يضيع فيها الفرد شعوره بواقع ذاته (أناه) او جسده، وقد يشعر بأنه ميت.

- **الاكتئاب Depression**

حالة مرضية يشعر معها الفرد باليأس والأسى والعجز عن التركيز والأرق وفقدان الثقة.

- **رجاع اكتئابية Depressive reactions**

حالات نفسية عصابية او ذهانية تتميز بالاكتئاب والشعور بالالم وفي الحالات المبالغ فيها قد تتميز بالشعور بالعجز والميل الى الانتحار.

- **حرمان Deprivation**

فقدان شيء تحتاجه العضوية من مثل حرمان الحيوان الجائع من الطعام والحيوان العطش من الماء.

- **سيكولوجية الاعماق Depth psychology**

علم النفس الذي يتقصى مظاهر الشخصية الدافعة او الديناميكية وبخاصة تلك المظاهر التي لا يكون صاحبها على علم بها. او حسب تعبير فرويد. المظاهر اللاشعورية.

- **علم النفس النمائي أو التطوري Developmental psychology**

فرع من فروع علم النفس يدرس حوادث النمو السيكولوجي.

- **انحراف Deviation**

(1) حركة خارجة عن المجرى المستقيم مثل انحراف الضوء بالانكسار (2) خروج عن العملية المعيارية او النتائج المعيارية (3) مقدار خروج قياس على مقياس محدد او اختلاف عنه.

- **حذق، مهارة Dexterity**

يدوية في الاصل ويمكن ان تطلق على المهارة العقلية.

- **تشخيص Diagnosis**

عملية تحديد طبيعة مرض او اضطراب وذلك عن طريق دراسة اصوله وتطوره والعلامات التي يظهرها.

- **رائز تشخيصي Diagnostic test**

نوع من الروائز، وبخاصة في المواضيع التربوية. لقياس قدرة الممتحن (بالفتح) في الوظائف الفردية والمهارات النوعية المكونة للفاعلية العامة. وذلك بقصد معالجة الضعف المكتشف.

- **العتبة الفارقة Difference threshold**

اصغر فرق يمكن ملاحظته بين مؤثرين.

- **Differential conditioning الاشراط التفريقي**

اشراط تميز فيه العضوية بين المثيرات معطية استجابة اشراطية بالنسبة لاحدها ولا تعطيها بالنسبة لاخر كان قد اقترن به.

- **Differential forgetting النسيان التفريقي**

نسيان مختار ويكون بخاصة اسرع بالنسبة للاستجابات الخاطئة منه بالنسبة للصحيحة.

- **Differential response الاستجابة التفريقية**

استجابة مميزة

- **Differentiation تفريق**

التغير من البناء العام او الوظيفة العامة الى البناء الخاص او الوظيفة الخاصة المحددة. التمييز من مثل الانتقال من الاستجابة الى صنف من المؤثرات الى الاستجابة الى مؤثر بعينه.

- **Discrimination تمييز**

الاستجابة بصورة تفريقية ومثال ذلك ان العضوية تقوم باستجابة معينة بالنسبة الى مثير معزز وبأخرى بالنسبة الى مثير غير معزز.

- **Desire رغبة**

خبرة او موقف يتصل اما (1) بشيء يفتقده الانسان في وضعه الحاضر مع فكرة الحصول عليه او (2) بشيء موجود يريد الانسان التخلص منه. ويوجد في الحالين شعور قوي.

- **Despair ياس**

- **Determinism الحتمية**

النظرية القائلة بأن كل الحوادث تعتبر نتائج ضرورية لعوامل سابقة لها.

- **Deterrent عائق، مانع**

امر يدفع الفرد عما يريد وهو عكس الدافع او الحافز الذي يجذبه.

- **Development نمو، نماء**

تغيرات البناء والشكل التي تحدث اثناء انتقال لالعضوية الفردية من اصلها الى نضجها.

- **نمائي Developmental**

نسبة الى نماء.

- **الطريقة التطورية او التتبعية Developmental method**

احدى طرق منهج البحث الوصفي. تقوم على ملاحظة سلوك الفرد او الافراد كما يحدث. وتتبع النمو كظاهرة من ظواهر ارتقاء الطفل. دون التدخل لتغيير الظروف المصاحبة للنمو.

- **ارشاد مباشر Directive counseling**

- **التعلم التمييزي Discrimination learning**

استجابة تمييزية يتم بها ادراك المثيرات على أنها مختلفة عن بعضها وهو استجابة للمثير الايجابي (المتدعم) وليس للمثير السلبي (غير المتدعم).

- **ازاحة Displacement**

- **نزاع Dispotation**

- **التدريب الموزع Distributed practice**

فترات راحة تتخلل الفترات المتتابعة للتدريب او التعلم.

- **دافع Drive**

حالة فيزيولوجية تدفع العضوية الى الفاعلية، وهو يتميز عن الحافز Motive بأنه غير مميز (بالكسر) ولا اتجاه محدد له.

- **ارضاء الدافع Drive reduction**

تخفيف الضغوط المصاحبة للدوافع وذلك بقضاء الحاجات.

- **شك Doubt**

- **غدد ذات اقنية Duct glands**

غدد لها اقنية تنقل افرازاتها الى خارج مجرى الدم كالغدد الدمعية والغدد اللعابية.

- **غدد صماء Ductless glands**

غدد تصب افرازاتها في مجرى الدم وتسمى ايضا Endocrine glands.

- **الابدال في الحروف Dyslalia**

هي عيوب تتصل بطريقة النطق Articulation وتمثل نسبة كبيرة من عيوب الكلام.

E

- **غريب الاطوار Eccentric**

شخص يتميز سلوكه العادي بالغرابة الملحوظة. ومثل هذا الشخص ليس مجنونا كما يشاع دائما وانما هو في الواقع متحرر من نماذج السلوك المتفق عليها.

- **الانا Ego**

نظام فرعي من الجهاز العقلي او بناء الشخصية عند فرويد. يعمل وفقا لمبدأ الواقع وعلى المستوى الشعوري.

- **الانا الدفاعية Ego defensive**

الحفاظ التعويضي على تقدير الذات وذلك في الظروف التي تهدد الانا.

- **الانا المثالي Ego ideal**

مصطلح فرويدي. يؤكد على تصور للشخص المثالي الذي يتمنى الفرد ان يكون عليه. ويحكم على سلوكه على اساس مدى قربه من هذا المثال او بعده عنه.

- **اشتباك الانا Ego involvement**

اشتباك الشخصية بشخص او وضع من مثل شعور احد الوالدين ان نجاح ولده او فشله هو نجاحه او فشله شخصيا. لو ان ما يقوم به من عمل في وضع من الاوضاع سوف يرفع من قدره او يخفضه بين جماعته.

- **مرح Elation**

تهيج انفعالي متميز بالسرور العميق والشعور بالابتهاج والزيادة في الفاعلية الحركية.

- **مركب الكترا Electra complex**

مصطلح يستعمله فرويد ليدل على تعلق البنت جنسيا بأبيها مع غيرتها من امها. وهذا التعلق قد يكبت ويخفى بطرق مختلفة. وهو مقابل مركب أوديب عند الصبيان.

- **جهاز رسام المخ Electroencephalograph (EEG)**

جهاز يقوم بتسجيل الجهد الكهربي الذي ينشط على سطح لحاء المخ.

- **جنين Embryo/human**

العضوية البشرية فيما بين الاسبوع الثاني والثاني من الحياة. اما قبل ذلك فتعرف باسم البويضة الملقحة. وبعد ذلك تعرف بالجنين الكبير Fetus

- **استجابة متبدية Emitted response**

استجابة تظهر دون مثير خارجي اي بصورة عفوية

- **الانفعال Emotion**

حالة او خبرة ذات صبغة وجدانية. نفسية الأصل. تتضح في السلوك الظاهري والوظائف الفسيولوجية والتعبيرات الجسمية.

- **النضج الانفعالي Emotional maturity**

كون الانسان ناميا انفعاليا وعدم اندفاعه بحوافز طفولية ويسمى احيانا بالنضج الاجتماعي.

- **تقمص عاطفي Empathy**

حالة نفسية يشعر المصاب بها بنفس شعور شخص آخر او جماعة. ويوجد بين ذاته وذات الشخص او الجماعة الاخرى.

- **خبري Empirical**

نسبة الى الخبرة، او نسبة الى الطرائق او النتائج المبنية على الملاحظة والتجريب.

- **التهاب الدماغ Encephalitis**

حالة مرضية تتميز بالتهاب المادة الدماغية او ما يحيط بها.

- **الغدد الصماء Endocrine glands**

الغدد اللاقنوية التي تقوم بالافراز الداخلي لهرمونات تعمل على تنظيم نشاط الجسم. وهي ذات أهمية كبيرة في تشكيل سمات الشخصية.

- **طاقة Energy**

(1) القدرة على القيام بالعمل (2) درجة الفاعلية الظاهرة في السلوك

- **تبول لا ارادي Enuresis**

اطلاق البول بصورة لا ارادية اثناء النوم.

- **محيط، بيئة Environment**

مصطلح يشمل كل الحوادث الفيزيائية والكيميائية والبيولوجية والاجتماعية التي تؤثر من الخارج على العضويات.

- **حسد Envy**

شعور او موقف اجتماعي غير سار يثيره في الانسان امتلاك انسان آخر لشيء يرغب هو في امتلاكه.

- **صرع Epilepsy**

اضطراب يتميز بالتشنج واضاعة الشعور

- **الاحساس بالتوازن Equilibratory senses**

ويرتبط بعمل الاذن الداخلية التي تعطي اشارات عن حركة ووضع الرأس.

- **مناطق الشبقية Erogenous**

بعض المناطق الحساسة من الجسم حيث تثير المثيرات (ولا سيما اللمسية والحرارية) في بعض الظروف المحددة مشاعر ورجاعا جنسية.

- **شبقي Erotic**

نسبة الى شبق وهو الشهوة الجنسية بما في ذلك الاحساسات الجنسية ومثيراتها.

- **شبق / سرور جنسي Eroticism**

نمو وظهور مبالغ فيهما للاحساسات والرجاع الجنسية ويوسع فرويد المصطلح ليشمل السرور المشتق من الاثارة الفمية والاستية بالاضافة الى الاثارة الجنسية.

- **الاسترين (الهرمون الانثوي) Estrin**

هرمون يفرزه المبيضان ويلعب دورا هاما في نمو الانثى بما في ذلك دافعها الجنسي.

- **الاستروجين (الهرمون الانثوي) Estrogen**

المصطلح الكلي للهرمونات الانثوية التي يفرزها المبيضان.

- **انشراح Euphoria**

حالة نفسية مرضية تتصف بمشاعر غير ذات اساس من الشعور بالصحة الطيبة والتفاؤل والقوة البدنية.

- **التقويم Evaluation**

العملية التي يتحدد بواسطتها قيمة معينة لشيء معين او لحدث سلوكي معين.

- **انهاك Exhaustion**

وصول التعب العضلي الى حدوده النهائية بحيث ان المثير او التنبيه يعجز عن استجرار استجابة حركية ظاهرة.

- **توقع Expectation**

حالة نفسية تتصف بالتوتر وتصاحب الانتباه وقد تكون انفعالية

- **خبرة Experience**

وعي للعالم المحيط بنا (خبرة شعورية) أو وعي لما كان قد حدث للعضوية في الماضي (خبرة ماضية).

- **تجربة Experiment**

ملاحظة او جملة من الملاحظات تجري لغرض علمي وفيها تنظم بعض الشروط تنظيما مسبقا معينا. وذلك من اجل اكتشاف بعض العلاقات الخاصة او المبادىء الخاصة.

- **تجريبي Experimental**

نسبة الى تجريب.

- **طريقة المجموعات التجريبية والضابطة Experimental and control group method**

نموذج من التصميمات التجريبية في البحوث النفسية. يقوم على استخدام مجموعتين او اكثر. احداهما تجريبية تخضع للطريقة التجريبية في البحث. والاخرى ضابطة لا تخضع لتأثير متغيرات جديدة وانما تسير على ما هي عليه.

- **المحو التجريبي Experimental extinction**

حذف استجابة متعلمة وذلك باثارتها مع عدم تعزيزها.

- **الطريقة التجريبية Experimental method**

تقوم على تثبيت جميع المتغيرات فيما عدا متغير واحد (المتغير المستقل) هو موضوع البحث. يحاول الباحث ان يغير فيه ويوجهه بطريقة منظمة حتى يمكن ان يتبين ما اذا كان

التغيير يؤدي الى تغييرات أخرى في السلوك الناتج (المتغيرات التابعة) وكيفية حدوث هذه التغيرات. بهذه الطريقة لا يقصر الباحث نشاطه على ملاحظة ووصف ما هو موجود. وانما يقوم عامدا بمعالجة عوامل معينة. تحت شروط مضبوطة بدقة. لكي يتحقق من "كيفية" حدوث حالة او حادثة معينة. ويحدد "اسباب" حدوثها.

- **العصاب التجريبي Experimental neurosis**

تنظيم مواقف مصطنعة تجريبيا يخبر فيها الحيوان نوعا ما من الضغط او الشدة يستدعي لديه اعراضا ومظاهر مرضية اشبه بمظاهر واعراض المرض النفسي (العصاب) لدى الانسان كما ينتج عن مواقف حياتية ضاغطة.

- **علم النفس التجريبي Experimental psychology**

فرع من فروع علم النفس يبحث المشكلات السيكولوجية بصورة تجريبية.

- **التجريب Experimentation**

تغيير متعمد ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما وملاحظة التغيرات الناتجة في الحدث ذاته وتفسيرها.

- **الانطفاء Extinction**

تضاؤل او اختفاء الاستجابة الشرطية (أثناء الموقف التجريبي) نتيجة عدم تعزيزها بالمثير الطبيعي او المثير غير الشرطي.

- **الادراك فوق الحسي Extra sensors ~perception (ESP)**

مظاهر غير عادية للادراك مثل التخاطر والفراهة وسبق المعرفة. لم تلق تفسيرا كافيا بعد. وان كان يعتقد ان المعلومات قد تنتقل خلال قنوات أخرى غير الميكانزمات الحاسية المعروفة.

- **خارجي External**

واقع خارج جسد العضوية.

- **المحو / الانطفاء Extinction**

حذف استجابة نتيجة لاثارتها وعدم تعزيزها.

- **انبساط Extraversion, Extroversion**

(1) موقف او انموذج من نماذج الشخصية تكون فيه اهتمامات الفرد متجهة نحو العالم الخارجي والظاهرات الاجتماعية اكثر من اتجاهها نحو الذات والخبرات الذاتية (يونغ) (2) اتجاه اللبيدو نحو الخارج (فرويد).

- **منبسط / انبساطي Extravert, Extrovert**

شخص يتمتع بدرجة عالية من الانبساط.

F

- **التحليل العاملي Factor analysis**

طريقة احصائية يتم بواسطتها عزل العوامل العامة من الارتباطات الموجودة بين عدد كبير من الاختبارات او التقديرات او المقاييس الأخرى.

- **ملكة Faculty**

قدرة نفسية (من مثل التخيل والذاكرة والارادة) للقيام بعمل معين.

- **سيكولوجية الملكات Faculty psychology**

وجهة نظر سادت في علم النفس في العصور الوسطى. تعتبر العقل على انه يتكون من عدد من الملكات الفطرية المستقلة. مثل الذاكرة والتخيل والانتباه والارادة... الخ.

- **الفة Familiarity**

معرفة بشيء او عمل تنتهي بالسرعة والسهولة في التعرف على الشيء او القيام بالعمل.

- **خيال منسجم Fantasy**

صور منسجمة الى حد بعيد او قريب كما يحدث في الاحلام واحلام اليقظة. ومع ذلك فهي لا تمت الى الواقع بصلة حقيقية.

- **تعب Fatigue**

تناقص مردود العمل نتيجة لتكرار الفاعلية وكذلك الشعور بالتعب المرافق للفاعلية المتكررة او لقلة النوم او غير ذلك من الاسباب.

- **الخوف Fear**

انفعال يبدو في استجابة الفرد لمثيرات معينة بالانسحاب او الاحجام او الهروب.

- **الضعيف العقل Feeble – minded**

هو الشخص ذو المستوى المنخفض من الذكاء وفقا لمحكات مختلفة.

- **التغذية الراجعة Feedback**

تدفق المعلومات عودا من الاستجابة.

- **وجدان Feeling**

خبرة عاطفية يصفها الشاعر بها بالسرور او عدم السرور. بالتهيج او الهدوء، بالتوتر او الحزن او السعادة او ما الى ذلك.

- **اخصاب/ تلقيح Fertilization**

القاح البويضة الانثوية بالحيوان المنوي.

- **توقعات المجال Field expectancies**

مصطلح يطلقه تولمان على النوع الثالث من التعلم. وتوقعات المجال هي ادراكات لطريقة تنظيم العالم والعلاقة بين الامور. وكل ما نسميه بالمعرفة عادة يقع تحت هذه التسمية.

- **النظرية المجالية Field theory**

نظرية سيكولوجية مقترنة بأعمال ليفين Lewin وقد طبقت على دراسات الشخصية وعلم النفس الاجتماعي

- **الشكل والارضية Figure – ground**

كل شكل ندركه غالبا على ارضية. اي ادراك الشيء كما يبرز بوضوح على أرضية معينة.

- **تثبيت Fixation**

صيرورة بعض وجوه السلوك ثابتة او صلبة. من مثل الحصول على بعض العادات الثابتة وهو اصطلاح يستعمل في علم النفس المرضي للدلالة على الوقوف عند مرحلة من مراحل النمو الطفولي المتأخرة مثل الشبق الفمي

- **التعزيز الفاصلي المثبت Fixed interval reinforcement**

جدول في التعزيز يقدم المكافأة في فواصل زمنية ثابتة (كل عشرين ثانية مثلا)

- **التعزيز النسبي المثبت Fixed ratio reinforcement**

جدول في التعزيز يقدم المكافأة في الاستجابات الاخيرة من عدد ثابت من الاستجابات كتقديم المكافأة في الاستجابة الخامسة ثم العاشرة ثم الخامسة عشرة بقطع النظر عن الفاصل الزمني بينها.

- **تذبذب Fluctuation**

تذبذب الانتباه او الادراك هو تغيرات متزامنة في الوضوح من مثل صيرورة الصورة ارضية والارضية صورة. او عدم سماع ما كان مسموعا.

- **بؤرة Focus**

النقطة التي تلتقي فيها اشعة الضوء الصادرة عن نقطة معينة او مصدر معين. والنقطة التي تشع منها اشعة الضوء من خلال عدسة او سواها.

- **قوة العادة Force of habit**

اصرار العادات على البقاء والاستمرار وعدم التغير الى عادات جديدة.

- **المخ الامامي Fore – brain**

يشمل النصفين الكرويين للمخ الذين يغلفان كل أجزاء المخ باستثناء المخيخ الذي يوجد أسفل منهما.

- **بصيرة Foresight**

التصور العقلي للاحداث كما يمكن ان تؤثر على الشخص نفسه.

- **النسيان Forgetting**

ظاهرة نفسية شائعة بدرجات مختلفة بين الافراد وارتباطا بمواد متعلمة معينة وبظروف معينة. وتتمثل في اخفاق الفرد في وقت معين في استدعاء خبرة معينة. أو في اخفاقه في ممارسة عمل او اداء معين تعلمه من قبل.

- **صورة/ شكل Form**

انتظام العناصر او الوقائع في كل موحد او منظومة بحيث تقوم بينها علاقات محددة (زمانية، مكانية، منطقية.. الخ).

- **التدريب الشكلي Formal discipline**

وهو التطبيق التربوي لسيكولوجية الملكات. ويقوم على انه يمكن تدريب اي ملكة بصرف النظر عن طبيعة المادة المستخدمة في ذلك التدريب. فدراسة موضوعات معينة (كاللغة اللاتينية او الرياضيات مثلا) تؤدي الى تدريب الملكة العامة الخاصة بالاستدلال والحكم.

- **التداعي الحر Free association**

الطريقة او العملية التي بها يستدعي الفرد سلسلة من الاشياء او الافكار التي ترد الى عقله.

- **تكرار Frequency**

في الاحصاء عدد الحالات التي تتجلى فيها قيمة معينة.

- **منحنى تكراري Frequency curve**

خط بياني يظهر تكرار القيم المختلفة.

- **توزيع تكراري Frequency distribution**

توزيع للوقائع يظهر عدد المرات (التكرار) التي تتجلى فيها كل قيمة.

- **مضلع تكراري Frequency polygon**

تمثيل تصويري للتكرار بواسطة مجموعة من الخطوط متساوية البعد بعضها عن بعض وتشكل مضلعا اذا ما وصل بين نهاياتها العليا.

- **جدول تكراري Frequency table**

جدول للوقائع يظهر عدد الحالات الموجودة في كل قيمة او درجة او عمر او غير ذلك.

- **البرود الجنسي Frigidity**

ضعف شديد في الدافع الجنسي وبخاصة عند المرأة

- **الفصوص الجبهية Frontal lobes**

نظام من المراكز والتجمعات العصبية بالمخ الامامي. يختص بالوظائف العقلية الراقية كالحكم المنطقي والوعي والارادة.

- **الاحباط Frustration**

عائق يتعارض مع استجابة نابعة من الهدف في وقتها المناسب من تتابع السلوك.

- **علم النفس الوظيفي Functional psychology**

مدرسة في علم النفس ترى ان السيكولوجيا يجب ان تهتم بما تقوم به عمليات الحياة النفسية وان لا تقصر اهتمامها على البناءات الشعورية من مثل الاحساسات والصور والمشاعر على حد قول النظرية البنائية.

- **الذهان الوظيفي Functional psychosis**

المرض العقلي ذو الاصل النفسي.

G

- **العامل العام General factor**

بحسب نظرية سبيرمان في الذكاء عاملان عامل عام (ع) وعوامل خاصة (خ) وقد اضيف اليهما فيما بعد عوامل طائفية (ط) وهي عوامل اقل عمومية من (ع) واقل خصوصة من (خ) اي انها عوامل وسيطة. والعامل العام في الذكاء يمثل قدرة او كفاءة عامة تعبر عن ذاتها من خلال مهارات خاصة كالمهارة الاجتماعية او الرياضية او الميكانيكية او سواها.

- **علم النفس العام General psychology**

دراسة علم النفس في خطوطه العامة الاساسية دون التشديد على الحيوانات او الاطفال او الراشدين او العمليات الخاصة من مثل العمليات الحسية او عملية التعلم أو سواها.

- **التعميم Generalization**

عملية عقلية معرفية ترتبط بالتجريد غالبا. يتم بها استخلاص الخاصية العامة او المبدأ العام للشيء او الظاهرة وتطبيقه على حالات او مواقف أخرى تشترك في الخاصية العامة او المبدأ العام. والتعميم مبدأ اساسي من مبادىء التعلم يقرر بأنه حينما يتم اشتراط الاستجابة بمثير معين (اي حينما تتقرر استجابة شرطية لمثير معين) فان المثيرات الاخرى المشابهة للمثير الاصلي يصبح لديها القدرة على استدعاء نفس الاستجابة.

- **المورثات (الجينات) Genes**

خلايا دقيقة تحدد الخصائص الوراثية للفرد. فهي حاملات للصفات الوراثية البيولوجية.

- **تكوين Genesis**

الاصل او الخطوات الاولى في تكوين اي شيء.

- **الطريقة التكوينية Genetic method**

دراسة النمو عن طريق ملاحظة نمو العضوية بصورة مستمرة او عن طريق مقارنة المراحل.

- **علم النفس التكويني Genetic psychology**

فرع من فروع علم النفس يدرس تطور العمليات النفسية او نموها مستعملا الطريقة التكوينية.

- **علم الوراثة Genetics**

علم انتقال الصفات الوراثية.

- **تناسلي Genital**

منسوب الى الاعضاء التناسلية عند الحيوان.

- **المرحلة التناسلية Genital stage**

في التحليل النفسي تكون المرحلة التناسلية هي آخر مرحلة من مراحل النمو الجنسي النفسي الذي يتم بحسبه التكيف الجنسي.

- **عبقري Genius**

شخص ذو ذكاء عال جدا وبصورة استثنائية. ويصل الفرد في هذا المستوى اذا زاد حاصل ذكائه على 140 وكذلك الشخص الذي يتمتع بموهبة استثنائية يعترف بها المجتمع.

- **النمط الداخلي Genotype**

ويتألف منمجموع المورثات (الجينات) التي تحدد الفردية التكوينية للشخص.

- **خلية جرثومية Germ cell**

بويضة او نطفة (حيوان منوي) وجين يلتقيان يكونان البويضة الملقحة التي يكون فيها العدد الكامل من الصبغيات التي جلبتها كل من النطفة والبويضة.

- **جشطالت Gestalt**

مصطلح الماني. يعني الشكل او الصفة او الصورة. وتكشف هذه التسمية عن الاساس الذي تقوم عليه نظرية الجشطالت وعلم النفس الجشطالتي. وهو ان السلوك عبارة عن وحدة كلية. خلافا للنظريات السلوكية التي تأخذ بمبدأ تحليل السلوك الى مكوناته.

- **علم نفس الجشطالت Gestalt psychology**

نظرية شائعة في علم النفس الحديث. نشأت وتطورت في المانيا تعتبر التحليلات الظاهرية (الفينومينولوجية) للخبرة ككليات او كنماذج منظمة على انها الموضوع الاساسي لعلم النفس. وتؤكد على اهمية التنظيم والبصيرة في الادراك.

- **موهوب Gifted**

شخص يتمتع بموهبة خاصة. ويستعمل المصطلح ايضا للدلالة على الافراد الذين يتجاوز حاصل ذكائهم 130

- **غدة Gland**

عضو في الجسد وظيفته ان يفرز مادة او مواد معينة لها تأثير على الجسد.

- **هدف/ غاية Goal**

مايرضى الدافع او الحافز وهكذا فاطعام هدف لانه يرضي دافع الجوع

- **الغدد التناسلية Gonads**

الغدد التناسلية الصماء هي المبيضتان عند الانثى والخصيتان عند الذكر.

- **السلوك الجماعي Group behavior**

فعاليات تقوم بها جماعة منالعضويات من مثل السلوك الاسري والسلوك الحشدي وسلوك النظارة.

- **الديناميكية الجماعية (ديناميات الجماعة) Group dynamics**

مصطلح يستعمله اتباع ليفين Lewin وسواهم من علماء علم النفس الاجتماعي ليمثلوا على دراسة المعالم الموجودة في اساس سلوك الجماعة من مثل قوى المجال والحوافز وامثالها.

- **العوامل الطائفية Group factors**

عوامل في الذكاء اضيفت الى عاملي سبيرمان (العام والخاص) وهي اقل عمومية من العامل العام واقل خصوصية من العوامل الخاصة. ومن امثالها العامل الكلامي والعامل الموسيقى والعامل الميكانيكي. وكلها قدرات طائفية تتفرع الى قدرات خاصة من جهة. وهي مشبعة بالذكاء العام من جهة اخرى.

- **الاختبارات الجمعية Group tests**

وهي الاختبارات التي تطبق على مجموعة او مجموعات من الافراد في وقت واحد.

- **العلاج النفسي الجماعي Group therapy**

مداواة تحمل المريض على مناقشة مشكلاته مع الاخرين ومع الطبيب النفساني وذلك في اجتماع عام.

- **الذنب Guilt**

احساس داخلي يستثار حينما يستثار الضمير نتيجة الاتيان ببعض الافعال المحظورة او التفكير فيها.

- **توجيه Guidance**

في التوجيه المهني تقدم للفرد مشورة بخصوص المهنة او المهن التي تناسبه اكثر من سواها. والتوجيه المهني هو الوجه الاخر للانتقاء المهني حيث ينتقي لكل مهنة الاشخاص الانسب لها.

- **حاسة التذوق Gestation**

وهي الاحساسات التي تستدعيها براعم التذوق على اللسان عضو الاحساسات الذوقية.

H

- **عادة Habit**

صيغة مكتسبة في السلوك، من مثل مهارة حركية او لفظية أو طريقة لعمل الاشياء او طريقة في التفكير. وعملية تعلم العادات يشار اليها احيانا باسم تكوين العادات

- **عادي Habituation**

صيرورة الفرد متكيفا مع مثير معين او وضع خاص او بيئة خاصة.

- **الهلوسات Hallucinations**

ادراكات مزيفة تماما للواقع (مثل الشخص الذي يسمع اصواتا لا يسمعها أحد غيره) تمثل مظهرا من مظاهر اضطرابات الشخصية.

- **المطرقة Hammer**

عظمة صغيرة موجودة في الاذن المتوسطة ومتصلة بطبلة الاذن

- **النزعة الى استعمال يد معينة Handedness**

كالنزعة الى استعمال اليد اليمنى (أو اليسرى) بصورة رئيسية.

- **الوراثة Heredity**

الانتقال البيولوجي للسمات من الوالدين الى الابناء عن طريق الجبلات الجرثومية (وهي بروتو بلازما الخلايا الجرثومية الناقلة للوراثة).

- **الجنسية الغيرية Heterosexuality**

(1) انجذاب الفرد الى افراد الجنس المغاير (2) الاتصال الجنسي بين فردين من جنسين مختلفين.

- **التصاعد الهرمي للغلبة او السيطرة Hierarchy of prepotency**

مبدأ يقرره ماسلو في تصوره لتنظيم الحاجات الانسانية. فالحاجة الارقى لا تظهر حتى يتم اشباع حاجة اخرى اكثر غلبة وسيطرة.

- **المخ الخلفي Hind – brain**

يقع في الحفرة الخلفية بقاعدة المخ.

- **مدرج تكراري Histogram**

رسم بياني مؤلف من سلسلة من المستطيلات تمثل توزيعا تكراريا.

- **الجنسية المثلية Homosexuality**

(1) اتصال جنسي بين فردين من جنس واحد، (2) انجذاب جنسي الى فرد من نفس الجنس

- **الاتزان العضوي Homeostasis**

ميكانزم يفترض انه يعمل على تنظيم مستوى بعض حالات الجسم مثل خزن الطعام وتنظيم درجة الحرارة واسترجاع حالة الجسم بعد التعب او المرض وغير ذلك.

- **الهرمون Hormone**

افراز الغدة الصماء.

- **العداوة Hostility**

حالة دافعية قد تؤدي الى سلوك عدواني.

- علم النفس الانساني Human psychology

اتجاه جديد في علم النفس المعاصر. يشار اليه احيانا على انه "القوة الثالثة" في علم النفس. اي بين السلوكية والتحليل النفسي. يهتم بالجوانب الايجابية الخلاقة في الطبيعة الانسانية كالمحبة والمسؤولية والحرية والاختيار والارادة... الخ.

- جوع Hunger

دافع وخبرة ينشآن عن تأخير ارضاء الحاجة الى الطعام.

- الهايبوثلاموس Hypothalamus

منطقة من الدماغ واقعة في أسفل السرير البصري وتحتوي على آليات عصبية تلعب دورا هاما في الانفعال والنوم والدوافع وغير ذلك من الوظائف الفيزيولوجية.

- الفرض العلمي Hypothesis

تخمينات ذكية. يقوم بها الانسان من الدراسة الميدانية للحقائق او البيانات. حول الحلول الممكنة للمشكلة. أو حول التعميمات التي يقدمها لتفسير الحقائق التي سببت المشكلة. (الخطوة الثالثة من خطوات المنهج العلمي كما حدده ديوي).

- نقص الحساسية Hypothermia

تدني الاستجابة الانفعالية،

- هستيريا Hysteria

مصطلح عام يستعمل للدلالة على اضطرابات وظيفية تتصف بالقلق دون وجود مبررات كافية. كما يدل على بعض اشكال التفكك والانحلال مثل فقدان الذاكرة وفقدان الحساسية الوظيفي والشلل الوظيفي وتعدد الشخصية وسواها.

I

- الهو Id

نظام فرعي من الجهاز العقلي او بناء الشخصية عند فرويد. وهو مستودع الدوافع الفطرية. ويعمل غالبا وفقا لمبدأ اللذة وعلى المستوى اللاشعوري.

- التوائم المتحدة Identical twins

التوائم التي تمت من بويضة واحدة. ودائما ما تكون من نفس الجنس وتكون متشابهة في المظهر بدرجة كبيرة.

- **التقمص Identification**

عملية لاشعورية تتمثل في تبني الفرد لخصائص شخص آخر وتوحده معه. ويعمل التقمص كميكانزم لتغطية صراعات عن طريق نزعة الفرد لأن يعيش حياة شخص آخر.

- **هوية Identity**

ان يكون الشيء نفس الشيء او مثيله من كل الوجوه. الاستمرار والثبات وعدم التغير.

- **النهج الفردي (او الاكلينيكي) Ideographic approach**

منحى في البحث السيكولوجي. قوامه الطريقة الاكلينيكية اساسا. يهتم بدراسة الشخص ككائن انساني متفرد عن طريق دراسة الحالة وتاريخ الحياة وتكوين صورة متعمقة متكاملة عنه كشخصيته تعكس تنظيما فريدا.

- **المعتوه Idiot**

التخلف العقلي الشديد. وفيه تكون نسبة ذكاء الفرد اقل من 20 وهو لا يستطيع ان يحافظ على حياته.

- **التجلي Illumination**

مرحلة من مراحل التفكير الابتكاري. تتمثل في لحظات الالهام والبصيرة وومضة الحل او الاكتشاف.

- **خداع الادراك Illusion**

ادراك غامض او مضطرب للمثيرات يؤدي الى سوء تأويل المدركات او تحريفها.

- **صورة Image**

بعث خبرة حسية في غياب الاثارة الحسية. تمثل داخلي لخبرة سابقة. وفي علم الضوء تكون الصورة شكل الشيء المكون بواسطة الاشعة الضوئية. اما في علم النفس فهي الانطباع الذي يتبقى بعد ازاحة مثير خارجي.

- **تصور Imagery**

احياء الخبرات السابقة بصورة داخلية أي على شكل صور.

- **تخيل Imagination**

اعادة تنظيم المعلومات الناتجة عن الخبرات الماضية واعطاؤها علاقات جديدة بحيث تكون خبرة عقلية حاضرة. والتخيل اما ان يكون تقليديا او مبدعا.

- **الأبله Imbecile**

المستوى المتوسط من الضعف العقلي. فيه تتراوح نسبة ذكاء الفرد بين 20 – 50 ويستطيع ان يحافظ بمشقة على حياته.

- **تقليد/ محاكاة Imitation**

نقل فعل شاهجده الانسان بصورة كاملة او منقوصة.

- **عنه/ عجز جنسي Impotence**

نقص في القوة الجنسية. وبالنسبة للانثى يستعمل مصطلح البرود الجنسي

- **انطباع Impression**

النتائج العصبية للاثارة الاثر الذي تخلفه الاحساسات

- **اندفاع Impulse**

نزعة العمل غير ارادية ولا يمكن ارجاعها الى الاثارة بصورة مباشرة. وفي التحليل النفسي يكون الاندفاع الحاحا غريزيا جنسيا.

- **اندفاعي Impulsive**

نسبة الى اندفاع.

- **فطري Inborn**

موجود عند الفرد وقت ولادته.

- **التحضين Incubation**

مرحلة من مراحل التفكير الابتكاري. فيها يكون للاشعور الحرية في العمل مع المادة التي قدمها الشعور في مرحلة التأهب. وتتصف هذه المرحلة بالمعاناة وبالشك وعدم اليقين.

- **المتغيرات المستقلة Independent variables**

وهي الظروف او الشروط او الاحداث او المؤثرات المسؤولة عن وقوع الظاهرة او السلوك موضوع الدراسة. او المسؤولة عن حدوث المتغيرات التابعة.

- **فرد/ فردي Individual**

(1) عضوية مفردة (2) نسبة الى فرد.

- **الفروق الفردية Individual differences**

التباينات في القدرة او الاداء. او الانحرافات عن متوسط الجماعة. فيما يتعلق بالخصائص العقلية او الجسمية او خصائص الشخصية. كما تحدث في الافراد اعضاء الجماعة.

- **علم النفس الفردي Individual psychology**

(1) فرع من علم النفس يبحث في الفروق بين الافراد، (2) فرع من السيكولوجيا التحليلية قال به ادلر الذي جعل الرغبة الاساسية في النفس هي ميلها الى التفوق.

- **الروائز الفردية Individual tests**

راوئز تطبق على فرد واحد في الوقت

- **الاستقراء Induction**

عملية عقلية استدلالية بها نتوصل الى نتيجة عامة من ملاحظة حالات جزئية معينة.

- **علم النفس الصناعي Industrial psychology**

فرع من علم النفس المطبق يبحث في المشكلات النفسية التي تنشأ في الصناعة.

- **طفل صغير Infant**

يطلق مصطلح Infant على الطفل في السنتين الاوليين من عمره

- **طفلية Infantilism**

توقف جزئي من النمو عند الانسان يتصف بالتأخر العقلي من جهة وبالقزامة من جهة اخرى.

- **استدلال Inference**

حكم او نتيجة تم التوصل اليها عن طريق احكام مقبولة سابقا وليس عن طريق الملاحظة المباشرة للوقائع.

- **استدلالي Inferential**

نسبة الى استدلال.

- **عقدة الدونية/ مركب القصور Inferiority complex**

عقدة نفسية تنشأ من الصراع بين النزوع الى التميز والخوف من التثبيط الذي كان الفرد قد عاناه في الماضي وفي حالات مماثلة. وقد ينشأ عن هذه العقدة سلوك دفاعي او تعويضي او هجومي محدد بشكل لا شعوري.

- **شعور بالدونية/ شعور بالقصور Inferiority feeling**

الشعور السوي بالضعف والعجز النسبي وعدم الكفاءة الذي يستشعره كل الاطفال والذي كثيرا ما يتقوى بسبب من بعض مظاهر القصور الخاصة كالصحة السيئة او التشوه او العاهة. الامر الذي يدفع الطفل الى التبريز او التفوق (على حد تعبير ادلر) والذي كثيرا ما تكون له اعراض عصابية مختلفة بما في ذلك عقدة الدونية.

- **معلومات Information**

حقائق او افكار حصل عليها الفرد بأية طريقة من الطرائق من مثل الملاحظة والتجريب والقراءة والتعليمات الشفوية وسواها

- **الكف Inhibition**

الظاهرة التي تمنع فيها وظيفة او وظائف ظهور وظيفة أخرى او نشاط آخر. وهو بذلك العملية التي تعارض أداء استجابة ما.

- **مبادأة Initiative**

(1) عمل الفرد في بداية سلسلة من الاعمال من مثل الحركات الاجتماعية. (2) القدرة على الادراك المبتكر والعمل المستقل.

- **الاذن الداخلية Inner ear**

القسم الداخلي من الاذن الذي يحتوي على القوقعة والاقنية نصف الدائرية.

- **الاستبصار Insight**

ادراك الكائن الحي للعناصر والموضوعات الموجودة في المجال الذي يوجد فيه وكذلك للعلاقات التي تربط بين عناصر واجزاء المجال. بما يؤدي به الى اعادة تنظيم المجال في كل او في

صورة جديدة. هذا الكل او هذه الصورة هي ما يعتمد عليه اصحاب نظرية الجشطالت في تفسير التعلم بالاستبصار.

- الهام Inspiration

طروء فكرة على الذهن بصورة مفاجئة. اكتشاف مفاجيء لحل مشكلة ما. وهو مرحلة من مراحل التفكير المبدع.

- الغريزة Instinct

تعني في الاصل اليوناني واللاتيني "الحفز الحيواني" وهي مصطلح يطلق على التكوينات الجسمية الداخلية التي تنظيم السلوك المرتبط بالحاجات الاساسية كالاكل والشرب والجنس.

- سلوك وسيلي Instrumental behavior

سلوك يغير المحيط بحيث ان التغيير يعزز العضوية عن طريق المكافأة او تجنب العقاب.

- اشراط وسيلي Instrumental conditioning

نوع من الاشراط تكون فيه الاستجابة المشرطة وسيلة لتحقيق غاية ما كالحصول على ثواب (طعام مثلا) او تجنب عقاب.

- انسولين Insulin

هرمون تفرزه البنكرياس. وقلة افراز هذا الهرمون تسبب مرض السكري واعراضه. اما زيادة افرازه فتسبب نقص السكر في الدم.

- كامل وحد Integrate

يجمع بين اشياء متفرقة بحيث تكون كلا وظيفيا.

- عقل، فكر Intellect

(1) مجموعة العمليات الادراكية وبخاصة اشكالها العليا. (2) القدرة على القيام بهذه العمليات

- الذكاء Intelligence

قدرة عامة او عامل عام. تبدو في السلوك المتمكن على المستويات المجردة او الميكانيكية او الاجتماعية. وتتحدد غالبا باختبارات الذكاء. لذا يشيع تعريف الذكاء على انه ما تقيسه اختبارات الذكاء.

- **نسبة الذكاء Intelligence Quotient (IQ)**

دليل كمي للذكاء كما يقاس باختبارات معينة تعرف باختبارات الذكاء. وتتحدد نسبة الذكاء بالمعادلة التالية العمر العقلي ÷ العمر الزمني × 100

- **شدة Intensity**

الوجهة الكمية للاشارة او الخبرة. ومثل ذلك المقدار، مقدار الضغط وسعة الموجة الصوتية ولمعان الضوء وسواها.

- **قصد Intention**

الهدف او نية العمل.

- **قصدي Intentional**

نسبة الى قصد.

- **تفاعل متبادل Interaction**

صلة بين مجموعتين او منظومتين من اي نوع كان بحيث ان فاعلية كل منهما تحددها جزئيا فاعلية أخرى.

- **اهتمام/ ميل Interest**

(1) استجابة قبول ازاء موضوع خارجي (2) شعور يصاحبه انتباه خاص لأمر ما. (3) موقف يتصف بتركيز الانتباه على وقائع ادراكية معينة.

- **تدخل Interference**

تضارب فعلتين متعلمتين والتدخل محدد هام لنسبة تعلم العادات المعقدة من جهة ولمدى نسيانها من جهة أخرى.

- **التفسير Interpretation**

هدف من اهداف العلم يعني اقرار العلاقات التي تقوم بين الظاهرات المختلفة او بين المتغيرات موضوع الدراسة. ويتم ذلك بعملية الربط او ادراك العلاقات بين الظاهرات المراد تفسيرها وبين الاحداث التي تلازمها او تسبقها. اي اقرار العلاقة بين المتغيرات التابعة والمستقلة والوسيطة.

- **المتغيرات الوسيطة Intervening variables**

وهي مجموعة المتغيرات التي تمثل العلاقة الوظيفية التي تقوم بين المتغيرات التابعة من ناحية والمتغيرات المستقلة من ناحية أخرى.

- **المقابلة Interview**

أداة من ادوات جمع المعلومات عن الحالة. تقوم على عقد علاقة قائمة على التفاعل الودي بين المختبر والحالة.

- **الاستبطان Introspection**

طريقة ذاتية في فهم وتفسير الاحداث او الظاهرات كانت تمثل المنهج السائد حتى منتصف القرن التاسع عشر. ويقصد به كطريقة للبحث تأمل الفرد لما يجري داخل نفسه الذي يستبطن ما يدور فيها من عمليات شعورية. أي دراسته لمشاعره بنفسه عن طريق تأمل ذاته ومشاهدة ما يدور داخلها.

- **حدس Intuition**

(1) ادراك مباشر او فطري لمجموعة معقدة من الوقائع او لمبدأ عام. (2) حكم لا يسبقه تفكير مسبق ويتصف بالمباشرة.

- **لا ارادي Involuntary**

صفة لحركة او فعل او اتجاه او انتباه يحدث بالرغم من محاولة الفرد منعه وكبته.

- **قابلية التهيج Irritability**

قابلية الاثارة، سرعة الغضب والانفعال في الاستعمال العامي.

- **تهيج / تهييج Irritation**

(1) حالة من انفعالية في النسج الحية وذلك حينما تستثار (2) فعل الاثارة ولا سيما اثارة التقلصات العضلية.

J

- **نظرية جيمس – لانج James – Lange theory**

نظرية في الانفعال ترى ان المظهر الشعوري للانفعال هو اختبار التغيرات الجسدية من مثل فعالية الاحشاء والبناءات العضلية الهيكلية.

- **الغيرة Jealousy**

انفعال الغضب او الاستياء والتبرم مصحوب غالبا بمشاعر النقص بسبب الشعور بالاهمال او التعسف او عدم الاعتبار.

- **البهجة Joy**

حالة استثارة انفعالية كتعبير عن مواقف سارة او خبرات باعثة على الارتياح.

- **حكم Judgment**

فعل عقلي يربط شيئا بشيء آخر او مفهوما بمفهوم آخر ويكون مصحوبا باعتقاد او توكيد لوجود العلاقة بين الاثنين.

K

- **الاحساس بالحركة Kinesthesia**

وهي الاحساس المرتبط بالعضلات والاوتار والمفاصل والعظام كأعضاء للحركة والاحساس بها

- **معرفة Knowledge**

نوع من الخبرة يشتمل على تمثل حسي لحقيقة ما او دستور او ظرف معقد يصاحبه اعتقاد قوي بصحة الامر المعروف.

L

- **متاهة Labyrinth**

- **لغة Language**

منظومة للتواصل بين الكائنات بواسطة رموز اتفاقية. واهم اشكال اللغة عند النوع الانساني هي اللغة الصوتية (الكلام)، والكتابة والحركات.

- **كمون Latency**

فترة من عدم الفاعلية الظاهر وهي تقع بين تقديم المثير وحدوث الاستجابة.

- **قانون الاغلاق Law of closure**

احد القوانين التي يقول بها علم النفس الشكلي (الجشطالت) والتي يفسر بها الادراك والتعلم. وينص على ان المساحات المغلقة اكثر استعدادا لتكوين وحدات.

- **قانون الاثر Law of effect**

يفسر به ثورندايك قوة الارتباط الحادث بين المثير والاستجابة حيث يؤدي الاثر الطيب الى تقوية وتعزيز السيالات العصبية التي يحدث خلالها الارتباط. كما ان الاثر غير الطيب يضعفها.

- **قانون التدريب Law of exercise**

احد قوانين التعلم التي وضعها ثورندايك وقد نقضه فيما بعد. وهو يقول ان الروابط تتقوى بالتدريب وتضعف حين ينقطع التدريب.

- **قانون التقريب Law of proximity**

احد القوانين التي يقول بها علم النفس الشكلي (الجشطالت) وهو يرى ان الفرد يميل الى تشكيل فرق من المؤثرات المتقاربة زمانيا او مكانيا.

- **قانون الاستعداد Law of readiness**

واحد من القوانين الثلاثة التي قال بها ثورندايك في التعلم وهو ينص على انه اذا كانت وحدة ايصال مستعدة للايصال فان الايصال بواسطتها يكون مسرا، واذا كانت غير مستعدة للايصال وقسرت عليه فان ذلك يكون مزعجا، واذا كانت مستعدة للايصال ولم تمكن منه فان ذلك يكون مزعجا ايضا.

- **التعلم Learning**

نشاط نفسي يكمن وراء كل تقدم يحققه الانسان والحضارة الانسانية وهو عملية تغير شبه دائم في سلوك الفرد ينشأ نتيجة الممارسة. كما انه عملية افتراضية لا نلاحظها بصورة مباشرة ولكن نستدل عليها من تغير اداء الكائن الحي.

- **منحنى التعلم، الخط البياني للتعلم Learning curve**

- **عدسية العين Lens**

جسم شفاف موجود خلف الحدقة وهي تشترك في تغيير رؤية الضوء على الشبكية وتعرف ايضا باسم Crystalline lens.

- **مستوى الطموح Level of aspiration**

مستوى الانجاز الذي يرغب الفرد في الوصول اليه او الذي يشعر انه يستطيع تحقيقه.

- **اللبيدو، الطاقة الجنسية Libido**

اللبيدو عند فرويد قدرة شبقية تحفز السلوك.

- **المدى الحيوي Life space**

الفرد وبيئته في وقت ما وكما يدركها ليفين.

- **فصوص Lobes**

الاقسام الرئيسية للدماغ البشري كالفصين الجبهيين والفصين القداليين.

- **الطريقة الطولية Longitudinal method**

نموذج من الطرق التطورية التتبعية الوصفية. تقوم على قياس حالات النمو وتتبع مظاهره المراد دراستها لدى نفس الاطفال في اعمار مختلفة.

M

- **سوء التكيف Maladjustment**

تكيف خاطىء وغير مناسب وغير سوي.

- **الهوس Mania**

حالة نشاط زائد في التفكير او السلوك.

- **ذهان الهوس والاكتئاب Manic – depression psychosis**

ويعرف بالجنون الدوري. حيث تتأرجح حالة المريض بطريقة متناوبة بين المرح البالغ والاكتئاب الحاد.

- **التدريب المركز Massed practice**

تدريب او تعلم يركز في فترة واحدة. يكون اكثر جدوى في التعلم القائم على حل المشكلات.

- **الماسوشية Masochism**

انحراف جنسي يتميز بالسرور. وبخاصة السرور الجنسي. نتيجة للتعرض للالم الجسدي.

- **عمل جمعي Mass action**

في السلوك هو تحرك العضوية بوصفها كلا. وفي القشرة الدماغية هو مساهمتها بوصفها كلا في عملية ما.

- **حركة جماعية Mass movement**

تغيير او محاولة تغيير في الحياة الاجتماعية يشمل عددا كبيرا من الاشخاص. عدد كبير من الاشخاص يتجهون اتجاها اجتماعيا جديدا. ومثال ذلك الحركة النازية في المانيا.

- **تعلم متواصل Massed learning**

تعلم لا تفصل بينه فواصل زمنية مقحمة.

- **حافز التفوق، حافز السيطرة Mastery motive**

حافز الى البروز والسيطرة والتفوق.

- **استمناء Masturbation**

التوصل الى الانعاظ فالامناء عن طريق اللعب بالاعضاء الجنسية او اثارتها اثارة مصطنعة.

- **الدافع الامي Maternal drive**

دافع فيزيولوجي للعناية بالمولود.

- **غريزة الامومة Maternal instinct**

نمط انموذجي غير متعلم للعناية بالمولود.

- **مصفوفة Matrix**

جدول مقسم الى خلايا يسجل العلاقات بين عدد من المتحولات. وتدل خلايا كل عمود من اعمدة المصفوفة على العلاقات القائمة بين المتحول المذكور في رأس كل عمود وبين جميع المتحولات المقابلة لكل خلية من خلايا العمود. وتدل خلايا كل سطر من اسطر المصفوفة على العلاقات القائمة بين المتحول المذكور في اول كل سطر وبين جميع المتحولات المقابلة لكل خلية من خلايا السطر.

- **نضج Maturation, Maturity**

نمو يتوقف فقط على الشروط البيولوجية التي تميز العرق. والنضج متميز عن التعلم الذي يتطلب. رغم توقفه على النضج. تدريبا وتمرينا وملاحظة لافعال الاخرين.

- **متاهة Maze**

اداة تستعمل اكثر ما تستعمل في دراسة التعلم وهي مكونة من منظومة من الممرات المعقدة التي يكون بعضها مسدودا مما يضيع عليه ويدفعه الى صرف جديد ووقت غير لازمين.

- **القياسية (او امكانية القياس) Measurability**

احد محكات فاعلية الطريقة العلمية والمعلومات او البيانات المتجمعة منها وهي الدرجة التي يتعين عندها المصطلحات والمفاهيم بدقة بما يجعل الظاهرة قابلة للقياس. وبأن يتمكن اشخاص آخرون من التعرف عليها والتحقق منها. اي بامكانية قياس الظاهرة بنفس الدرجة من الدقة غالبا.

- **المقياس Measure**

مجموعة مرتبة من المثيرات اعدت بطريقة كمية او كيفية لتقيس بعض العمليات او السمات او الخصائص النفسية. وهو طريقة موضوعية ومقننة لعينة من السلوك المراد قياسه او فحصه.

- **القياس Measurement**

وسيلة مادية لتحديد مستوى سمة معينة عند فرد او افراد بالنسبة الى المجموع الكلي للافراد الذين تتوفر لديهم هذه السمة.

- **متوسط حسابي Mean**

مجموع التسجيلات مقسوما على عدد الحالات.

- **الانحراف المتوسط Mean deviation**

القيمة المتوسطة لاختلاف القيم الفردية في مجموعة احصائية عن المتوسط الحسابي لتلك المجموعة.

- **الوسيط Median**

النقطة المتوسطة في مجموعة للقيم مرتبة حسب مقدارها.

- **علم النفس الطبي Medical psychology**

فرع من فروع علم النفس يعنى بتطبيق حقائق علم النفس في الدراسات الطبية ويهتم بوجود الطب ذات الصلة بعلم النفس.

- **البصلة السيسائية، النقي، نخاع العظم Medulla**

(1) جزء من جذع الدماغ موجود في اعلى النخاع الشوكي مباشرة ومسؤول بالدرجة الاولى عن الافعال الحيوية كالتنفس مثلا. (2) لب العظم.

- **النخاع Medulla oblongata**

احد اجزاء المخ الخلفي. يتضمن اهم مركزين من مراكز الجهاز العصبي الذاتي اللاارادي وهما التنفس وتنظيم عمل القلب.

- **النخاع الشوكي (او الجبل الشوكي) Medulla spinals**

احد مكونات الجهاز العصبي المركزي. يمتد من قاعدة الجمجمة الى نهاية الظهر السفلي تقريبا. ويختص بتوصيل الرسائل العصبية وبتنظيم الافعال المنعكسة.

- **الذاكرة Memory**

عملية عقلية معرفية. يتم بها تسجيل وحفظ واسترجاع الخبرة الماضية.

- **مدى الذاكرة Memory span**

هو الحد الذي يستطيع معه الشخص العادي ان يتذكر مادة معينة في غضون وقت معين. وبالتالي يفترض مدى الذاكرة تحديدا واقعيا لقدرتنا على التعلم.

- **سن الياس Menopause**

فترة من الحياة يتوقف فيها الطمث عند المرأة.

- **طمث، حيض Menstruation**

قذف الدم شهريا عند المرأة ويكون مصحوبا بافراز البويضة.

- **عقلي، ذهني Mental**

نسبة الى العقل او الذهن وهو مصطلح يستعمل للدلالة على تكيفات العضوية مع محيطها ويشير بخاصة الى التكيفات التي تشتمل على وظائف رمزية يكون الفرد عالما بها.

- **العمر العقلي Mental age (MA)**

الدرجة التي يحصل عليها الفرد على "مقياس عمري" وهو المقياس الذي تتجمع فيه بنود الاختبار وفقا للمستويات العمرية.

- **المتفوقون عقليا Mentally gifted**

تلك الفئة من الاشخاص ذوي نسبة ذكاء عالية.

- **الصحة العقلية Mental hygiene**

البحوث والدراسات والقياسات المطبقة الخاصة بصحة الانسان النفسية والتي تتوخى الحفاظ على الوظائف النفسية في حالة سوية

- **الضعف العقلي Mental deficiency**

نقص القدرة العقلية كما تتحدد بمحكات مختلفة. وفي مقدمتها درجات اختبارات الذكاء.

- **عملية عقلية Mental process**

العملية النفسية الداخلية التي تتعلق بالحياة العقلية للانسان. غالبا ما تكون "واعية" مثل الاحساس والادراك والتفكير والذاكرة...الخ.

- **المتخلفون عقليا Mentally retarded**

تلك الفئة من الاشخاص ذوي المستوى المنخفض في نسبة الذكاء.

- **التهيؤ العقلي Mental set**

استعداد داخلي لادراك شيء ما او امر ما من مثل استعداد عالم طبقات الارض لملاحظة تكون الصخور.

- **الاختبارات العقلية Mental tests**

مصطلح عام يستعمل احيانا للدلالة على جميع انواع الروائز وبخاصة تلك التي تروز الذكاء.

- **المخ الاوسط Mild – brain**

جزء من المخ يمثل مركزا للتجمعات العصبية التي ترتبط خاصة بنشاط حركة العينين.

- **الوسط Milieu**

وهو البيئة الاجتماعية الثقافية المحيطة بالفرد التي تباشر تأثيرها على تكوينه وتوجيهه. (او هي المجال الحيوي للفرد)

- **نفس، عقل، ذهن Mind**

مصطلح عام يمثل مجموع السلوك الذكي بما في ذلك التذكر والتفكير والادراك. وكثيرا ما يستعمل مرادفا للخبرة الشعورية.

- **الرسم بالمرآة Mirror drawing**

الرسم التتبعي لنجم او اي شكل آخر لا يرى الا في المرآة وهو مستعمل في دراسة التعلم وبخاصة انتقال المهارة من يد الى اخرى.

- **غوغاء Mob**

حشد كبير من الناس مهتاج وميال الى القيام بأعمال لا اجتماعية كالنهب والسلب

- **منوال، شائع Mode**

في الاحصاء اكثر الارقام المسجلة شيوعا في مجموعة معينة.

- **تحول، تعديل Modification**

(1) تغير العضوية المسبب عن عمل المحيط (2) اي تغير في شكل العمل او خطته.

- **منغولي، ابله Mongolian**

شخص ضعيف العقل

- **مزاج Mood**

موقف انفعالي طويل الامد مستمر وليس دائما.

- **اخلاقي Moral**

نسبة الى اخلاق. وصف للسلوك الجيد والصحيح. اي الذي يطابق مقاييس الجماعة.

- **احمق، المافون (المورون) Moron**

مستوى من التخلف العقلي. اقل من الشخص العادي واعلى من الابله. وتتراوح نسبة ذكاء المافون بين 50 – 70 وهو يحافظ على حياته بمشقة.

- **الدافعية Motivation**

عامل وجداني – نزوعي يعمل على تنشيط الفرد وتحديد وجهة سلوكه نحو غاية او هدف. يفطن اليه شعوريا او لا شعوريا.

- **حافز Motive**

اندفاع او الحاح للحصول على امر مستهدف (من مثل الطعام في حالة الجوع) او تحقيق غاية (كأن يصبح الفرد مهندسا) يشبه الدافع Drive الذي يختلف عنه بأنه لا مستثير محدد له.

- **النمو الحركي Motor development**

نمو فاعليات من نوع مد الاطراف والامساك والحبو والمشي.

- **العصبون الحركي، الخلية العصبية الحركية Motor neuron**

خلية عصبية نابذة تحمل المثيرات الى الاعضاء الحركية (العضلات والغدد).

- **التهيؤ العضلي للاستجابة Motor set**

استعداد عضلي للاستجابة.

- **تعدد الشخصيات Multiple personality**

اظهار الشخص نفسه لأكثر من شخصية.

- **عضلة Muscle**

بناء عضوي مكون من الياف تنقبض وتتمدد بسبب من الاثارة العصبية.

- **توتر عضلي Muscle tension**

تقبض العضلات.

N

- **نرجسية Narcissism**

(1) عشق الذات (2) استمرار مرحلة باكرة من مراحل النمو الجنسي تبقى فيها الذات موضوع العشق. وذلك نسبة الى اسطورة نارسيس.

- **Narcosis خدر**

حالة من الغيبوبة يسببها عقار ما وهي تميل الى التحول الى نوع من الشلل وعدم الحساسية.

- **Nature – nurture issue قضية الطبيعة والرعاية**

الجدل القائم بين انصار البيئة من ناحية وانصار الوراثة من ناحية اخرى بشأن العوامل المؤثرة في تكوين الانسان ومحددات بناء شخصيته ويكاد يستقر الرأي في هذه القضية على التفاعل بين الوراثة والبيئة.

- **Need الحاجة**

حالة ترتبط بالشعور بالعوز او الاحتياج الى شيء ما. او الرغبة في أداء عمل معين.

- **Negative abnormalities اللاسويات السلبية**

مظاهر وانماط انحرافات او اضطرابات الشخصية. التي تبدو اقل من المتوسط العام "العادي" اي انها مظاهر وانماط الاشخاص. غير العاديين او الشواذ على المستوى السلبي.

- **Negative conditioning الاشراط السالب**

اشراط يتعلم الفرد بواسطته عدم القيام باستجابة معتادة.

- **Negative correlation ارتباط سلبي**

ارتباط يقل عن الصفر وذلك حين يتناقص عاما اذا ما تزايد عامل مقابل له.

- **Negative reinforcement التعزيز السلبي**

عقاب او توبيخ ولا سيما فيما يخص التعلم.

- **Negative transfer انتقال سلبي**

تدخل العادة. من مثل تعويق تعلم مهارة ما لتعلم مهارة اخرى.

- **Neonate حديث الولادة**

الطفل حديث الولادة، اية عضوية ولدت للتو.

- **Nerve عصب**

حزمة من الالياف العصبية.

- **ليف عصبي Nerve fiber**

بناء يشبه الخيط الرفيع ويمتد من جسم الخلية العصبية الى جسم آخر وينقل السيالة العصبية.

- **اندفاع عصبي Nerve impulse**

تدفق متتال للطاقة العصبية عبر الليف العصبي.

- **شبكة عصبية Nerve net**

شبكة من الالياف العصبية لا توجد فيها وصلات ولهذا فان الاندفاع العصبي يجري دون تمييز خلال كل الالياف.

- **الخلايا العصبية (النيرونات) Neurons**

وهي الخلايا التي يتألف منها الدماغ (الجهاز العصبي المركزي) والاعصاب (الجهاز العصبي الطرفي) تقوم بوظائف التوصيل بين المراكز والتجمعات العصبية المختلفة.

- **انهيار عصبي Nervous breakdown**

مصطلح عام غير محدد يشير الى حدوث عصاب او ذهان.

- **الجملة العصبية Nervous system**

مصطلح عام يشير الى جميع البناءات العصبية والالياف العصبية.

- **الكبت العصبي Neural inhibition**

وقف الاندفاعات العصبية ومثله ما يحدث في الوصلات.

- **التسهيل العصبي Neural facilitation**

استمرار الاندفاع العصبي بسبب من ورود اندفاعات جديدة تتابع مسرعة (تسهيل زماني)، أو ورود اندفاعات جديدة على الوصلة من جهات مختلفة (تسهيل مكاني).

- **الخور، ضعف الاعصاب، النوراستينيا Neurasthenia**

خلل وظيفي في السلوك يتصف بالتعب غير السوي والشكايات الجسدية. وهو نوع من العصاب.

- **علم الاعصاب Neurology**

فرع من علم الحياة (البيولوجيا) يبحث بناء الجملة العصبية ووظائفها.

- **عصبون، خلية عصبية Neuron**

الخلية العصبية هي الوحدة التي يتألف منها الليف العصبي ويكون لها جسم ومحور واستطالات.

- **العصاب (المرض النفسي) Neurosis**

حالة عدم الكفاية النفسية. تتصف بسوء تكيف الفرد مع نفسه ومع الاخرين. فيها يشعر الفرد بالتعاسة. ويعاني من الصراع والتهديد. وتتضح هذه الحالة في اعراض وظيفية. ولا يكون العصابي في كثير من الحالات خطرا على نفسه او على المجتمع.

- **عصابي Neurotic**

نسبة الى عصاب. وقد يشير الى الشخص المصاب بالعصاب او الى السلوك الذي يتصف بصفات العصاب.

- **العشى، العمى الليلي Night blindness**

ضعف الحساسية البصرية في الاضاءة القليلة وذلك لنقص في التكيف مع الظلام او فقدانه.

- **ضجة، ضجيج Noise**

خبرة سمعية تتوقف على الموجات الصوتية الدورية

- **النهج المعياري (الناموسي) Homothetic approach**

منحى في البحث السيكولوجي. يؤكد على انه الطريقة العلمية الحقيقية هي التي تهتم بالكشف عن المبادىء والقوانين العامة التي تحكم السلوك الانساني. وان هذه العموميات تصدق على الحالات الفردية. اي ان الاهتمام هنا يكون موجها الى معيارية الكل التي تنطبق بدورها على الاجزاء المكونة.

- **اتصال غير لغوي Non verbal communication**

اتصال بغير الكلمات بالحركات او الصور او لبس لباس خاص وغير ذلك.

- **معيار Norm**

قيمة او نمط ممثل لجماعة او لانموذج وفي علم الاحصاء يكون المتوسط والوسيط والمنوال معايير بحسب اعتبار اي منها قيمة ممثلة.

- **سوي Normal**

له الصفات التقريبية للمتوسط.

- **المنحنى الاعتدالي Normal curve**

توزيع متناسق يأخذ شكلا جرسيا يتحقق بتوزيع الدرجات على نحو تكون فيه قلة من الدرجات (16٪) عالية جدا. وقلة (16٪) منخفضة جدا. والكثرة هي المتوسطة (68٪).

- **الشخصية السوية Normal personality**

شخصية متوسطة وعادية تتصف باستهداف الغايات ذات القيمة والاستمتاع بالحياة.

- **الاختبارات المرجعية المعيار Norm – referenced test (NRT)**

وهي الاختبارات التي تعتمد على مقارنة أداء الفرد بأداء المجموعة التي ينتسب اليها للحصول على معنى للدرجة التي يحصل عليها في الاختبار.

- **نواة Nucleus**

القسم الاساسي من الخلية العصبية ويحتوي على الصبغيات.

- **الفرض الصفري Null hypothesis**

الفرض الذي يذهب الى انه لا توجد فروق فيما عدا تلك التي ترجع الى الصدفة بين الدرجات الملاحظة.

- **حساب الطالع Numerology**

اتجاه لا علمي يدعى ان الارقام تحمل دلالات معينة بالنسبة لحسن الطالع او سوئه. ويتضح ذلك في مظاهر متعددة مثل اعتبار الرقم 13 نذير سوء. وتكوين حبات السبحة باعداد معينة كأن تكون 11 او 33 حبة. او ترديد التعاويذ بعدد محدد من المرات. وغير ذلك من الامثلة.

O

- **ثبات موضوع الادراك Object constancy**

ادراك الشيء على انه ثابت وغير متغير رغم تغير خصائص المثير التي تصل الى الشخص الملاحظ.

- **الطريقة الموضوعية Objective method**

وهي الطريقة التي تعتمد على المنهج العلمي. حيث ينعدم اثر الذاتية او يقل الى حد كبير.

- **علم النفس الموضوعي Objective psychology**

فرع من علم النفس يعنى بدراسة السلوك دون اللجوء الى الطريقة الاستبطانية.

- **موضوعية Objectivity**

صفة الامر الموضوعي ويقطع النظر عن الرأي الشخصي.

- **الملاحظة Observation**

عملية عقلية واداة رئيسية للبحث. تكمن وراء المعرفة بدرجة كبيرة. ملاحظة الاختلاف والتشابه. التلازم في الوقوع وفي التخلف. تكرار الوقائع. تغير الظاهرات ونموها. ويستخدم الباحث الملاحظة العلمية في كل ما يستخدمه من ادوات العلم المتقنة. منتجارب واجهزة وادوات. وفي تسجيل البيانات التي تتضح من خلال هذه الاساليب.

- **التعلم بالملاحظة Observational learning**

التعلم عن طريق ملاحظة الوضع وتصوره.

- **ملاحظ Observer**

مصطلح يستعمله علماء النفس الاستبطانيون للدلالة على الشخص الذي يلاحظ خبراته ويصفها.

- **الوساوس Obsession**

فكرة معينة او افكار تشغل ذهن الفرد بطريقة قهرية متكررة. وغالبا ما تكون غير مقبولة.

- **الفص القذالي Occipital lobe**

فص موجود خلف كل واحدة من نصفي الكرة الدماغية وهو مركز للابصار والوظائف المتصلة به.

- **المداواة بالاشغال/ العلاج النفسي بالعمل Occupational therapy**

محاولة شفاء الاضطرابات او الامراض النفسية عن طريق اشغال المريض باعمال تشوقه. استخدام العمل بالشفاء

- **المرحلة الاوديبية Oedipal stage**

مرحلة تحدث في الطفولة الباكرة وهي احدى مراحل النمو النفسي في رأي النظرية التحليلية يتعلق الطفل خلالها بالوالد من الجنس الاخر تعلقا فيه غيرة.

- **مركب أوديب، عقدة أوديب Oedipus complex**

مصطلح فرويدس يدل على تعلق الصبي بأمه تعلقا جنسيا. وهو التعلق الذي يكبته الطفل ويخفيه بطرائق عدة ويكون مصحوبا في راي فرويد بالغيرة من الاب الذي ينال من الام ما لا يناله الطفل. يقابله عند امركب (عقدة) الكترا

- **المنحنى التكراري المتجمع Ogive curve**

منحنى له شكل S او C يمثل توزيعا تكراريا متجمعا.

- **حاسة الشم Olfaction**

وهي الاحساسات التي تستدعيها الخلايا الشمية المتموضعة في الجزء العلوي.

- **السلوك الاجرائي Operant behavior**

سلوك لا يرتبط بمثيرات محددة مسبقا في الموقف كما يحدث في السلوك الاستجابي. وليس هناك مثير معين يعمل على استدعاء الاستجابة الاجرائية. بل انه عبارة عن كل ما يصدر عن الكائن الحي في العالم الخارجي.

- **الاشتراط الاجرائي Operant conditioning**

اسلوب من اساليب التعلم الشرطي. صاحبه سكنر عالم النفس الامريكي المعاصر. ويعني هذا المصطلح تقوية استجابة اجرائية بواسطة تقديم الاثابة الملائمة (التعزيز) في وقتها الملائم.

- **راي Opinion**

تعبير ضمني او صريح عن اعتقاد او توقع.

- **العصب البصري Optic nerve**

العصب الذي ينقل الاثارة البصرية من العين الى جذع الدماغ.

- **تفاؤل Optimism**

موقف للفرد نحو التنظيم الاجتماعي او الحياة بصورة عامة يتشدد في اهمية النواحي الجيدة ويتسم بالامل. عكسه التشاؤم.

- **شفوي، شفهي، فمي Oral**

نسبة الى الشفة او الفم.

- **السرور الجنسي الفمي Oral eroticism**

اثارة جنسية مصحوبة بلذة تتم عن طريق الفم (لذة المص).

- **المرحلة الفمية Oral stage**

في التحليل النفسي هي مرحلة من مراحل النمو الطفولي يتركز فيها السرور الجنسي حول الفم وتناول الطعام.

- **عضو Organ**

جزء من الجسد يقوم بوظيفة او وظائف معينة.

- **عضوي Organic**

نسبة الى عضو او الى عضوية. ذو علاقة بالبناء الجسدي وليس بالوظائف الجسدية.

- **ذهان عضوي Organic psychosis**

اضطراب نفسي مسبب عن تغيرات بنائية في الدماغ

- **عظيمات (الاذن) Ossicles**

ثلاث عظيمات صغيرة موجودة في الاذن المتوسطة.

- **المبيض Ovary**

الغدة التناسلية عند الانثى. والمبيضان ينتجان البويضات، كما ان لهما افرازات داخلية (هرمونات).

- **السلوك الملاحظ Overt behavior**

سلوك يمكن للاخرين ملاحظته، يقابله السلوك الضمني.

- **مطالب زائدة Over demanding**

- **حماية زائدة Over protection**

- **بويضة Overt**

الخلية الجرثومية التناسلية التي تفرزها الانثى.

P

- **الجسيمات الباسينية Pacinian corpuscles**

نهايات عصبية مختصة موجودة على الجلد وتستجيب للضغط الثقيل.

- **الم Pain**

احساس مناف خاص تثيره عمليات قوية تقع على مختلف انسجة الجسم. له اعصاب خاصة تنقله وله استجابات حركية متميزة.

- **علم الكف Palmistry**

اتجاه لا علمي يدعي امكانية قراءة الطالع من خطوط اليد.

- **بانكرياس Pancreas**

غدة ضخمة موجودة قرب المعدة وتفرز عصارات هضمية من جملتها الانسولين الذي هو نوع من الهرمون.

- **شلل Paralysis**

اضاعة القدرة على تحريك جزء من الجسد.

- **البارانويا، الذهان الهذائي Paranoia**

ذهان يتميز بأوهام ثابتة ومنظمة، ومن انواعه جنون الارتياب وجنون الاضطهاد وجنون العظمة.

- **فصام بارانوي Paranoid schizophrenia**

نوع من فصام الشخصية تشبه اعراضه اعراض البارانويا.

- **الجملة العصبية نظيرة الودية Parasympathetic nervous system**

جزء من الجملة العصبية المستقلة يعمل معاكسا للجملة الودية.

- **الغدد نظيرة الدرقية Parathroid glands**

اجسام صغيرة اربعة متوضعة على الغدة الدرقية وتفرز هرمونات خاصة.

- **ذهان زهري Paresis**

شلل غير عام في معظم الاحيان. منشؤه في الغالب الأصابة بمرض الزهري في القشرة الدماغية ويتميز باصابة شديدة في التذكر والحكم.

- **الفصوص الجدارية Parietal lobes**

نظام من المراكز والتجمعات العصبية بالمخ الامامي يختص بوظائف الاحساس كالسمع والابصار.

- **التعلم بالتجزئة Part learning**

اتقان جزء من مهارة معقدة بعد جزء آخر ثم دمج الاجزاء المتعلمة بعضها مع بعض.

- **الارتباط الجزئي Partial correlation**

العلاقة الخالصة بين متحولين وذلك حين يكون تأثير متحول او اكثر. وهو متحول قد يزيد في الارتباط او ينقص منه. قد حذف او ابقي ثابتا.

- **التعلم السلبي Passive learning**

تعلم دون نية او قصد. تعلم عارض.

- **المجتمع الابوي Patriarchal society**

وهو نموذج المجتمعات الذي تكون فيه السيطرة للرجل هي المحدد الاول للادوار في الاسرة والمجتمع.

- **نمط Pattern**

(1) عينة او مثال يحتذى او ينقل، (2) مجموعة متكاملة من الاجزاء المتمايزة تعمل او تستجيب ككل موحد.

- **الادراك Perception**

عملية عقلية معرفية تقوم على استقبال المعلومات في ارتباطها وتآلفها مع المعلومات الاخرى والخبرات السابقة. وتعتمد على طبيعة المثير وعلى الشخص المدرك.

- **مدى الادراك Perceptual span**

عدد الاشياء او الموضوعات التي يدركها الفرد على نحو صحيح حينما تعرض لفترة قصيرة تسمح بحركة العين.

- **الجهاز العصبي الطرفي او الفرعي Peripheral nervous system**

تنظيم للخصائص والمكونات الجسمية والعقلية المعرفية والانفعالية والاجتماعية في بنية متميزة للفرد. تتضح في اسلوب حياته المتميز الذي يحدد توافقاته المتفردة تجاه ظروف الوسط المحيط به. بما يجعل في الامكان التنبؤ والتوقع لسلوك معين منه.

- **بعد الشخصية Personality dimension**

السمة التي تختلف بين طرفين مثال ذلك بعد الانبساط – الانطواء.

- **بنية الشخصية Personality structure**

وحدة او تنظيم يفترض انها تكمن وراء سمات الشخص كما تبدو في سلوكه.

- **سمات الشخصية Personality traits**
- **المرحلة القضيبية Phallic stage**
- **المجال الظاهري Phenomenological field**
- **علم النفس الظاهري (الفينومينولوجي) Phenomenological psychology**

مدرسة في علم النفس تهتم اساسا بدراسة السلوك من وجهة نظر الشخص نفسه الذي هو مركز الخبرة والبصيرة.

- **الظاهرية Phenomenology**

نظرية تحاول تفسير سلوك الفرد كما يراه ويدركه اي من خلال وجهة نظره.

- **النمط الخارجي (او الظاهري) Phenotype**

المجموع الكلي للخصائص الملاحظة للفرد وهذا النمط يتغير مع الزمن كنتيجة للخبرة.

- **الخوف المرضي (الفوبيا) Phobia**

حالة خوف غير منطقي في مواقف معينة كالخوف من الظلام او من الاماكن العالية او المغلقة او من الحيوانات... الخ.

- **معرفة الشخصية من نتوءات الجمجمة Phrenology**

اتجاه قديم لا علمي يرتبط بالفراسة وبسيكولوجية الملكات. يذهب الى انه يمكن التعرف على الشخصية استنادا الى بعض المعالم الجسمية وخاصة من نتوءات الرأس. فالجزء الأكثر بروزا من الجمجمة يدل على نمو الجزء من المخ تحت هذا النتوء. وبالتالي يدل على وجود ملكة معينة. لذا قسم اصحاب هذا الاتجاه تقسيما جغرافيا موضعيا (مورفولوجيا) يختص كل قسم بملكة من الملكات.

- **الفراسة Physiognomy**

اتجاه قديم لا علمي. يذهب الى انه يمكن التعرف على شخصية الفرد واستعداداته من ملامح وجهه وخصائص جسمه.

- **علم النفس الفسيولوجي Physiological psychology**

وهو ذلك العلم من العلوم النفسية الذي يدرس الميكانزمات الفسيولوجية التي تكمن وراء السلوك.

- **العلاج باللعب Play therapy**

لعب يقصد منه مساعدة المريض (الذي يكون طفلا في المعتاد) على التخلص من توتراته وضغوطه او على تعلم التكيف المناسب مع الاوضاع التي تزعجه

- **تراضي Pleasing**

- **مبدا اللذة Pleasure principle**

السعي وراء اللذة وتجنب الالم.

- **القنطرة (أو قنطرة فاعول) Pones**

احد اجزاء المخ الخلفي. عبارة عن جسر يتضمن تشكيلات من الالياف والانواء العصبية والاعصاب الصاعدة والهابطة لكي تقيم الاتصالات اللازمة بالنخاع والحبل الشوكي وبالمخيخ.

- **اللاسويات الايجابية Positive abnormalities**

مظاهر وانماط التفوق والامتياز على المتوسط العام "العادي" كالموهوبين والعباقرة. اي مظاهر وانماط الاشخاص غير العاديين او الشواذ على المستوى الايجابي.

- **انتقال ايجابي Positive transfer**

يحدث الانتقال الايجابي حين يسهل تعلم مهارة ما تعلم مهارة اخرى. ويكون ذلك نتيجة لوجود مكونات مشتركة بين المهارتين.

- **الامكانات الكامنة Potentialities**

طاقات الفرد ومقدراته الداخلية الفطرية نحو انماط معينة من السلوك والنشاط. فهي استعداد الفرد لأن تنمو لديه قدرات وخصائص متميزة.

- **المارسة Practice**

تكرار ممرز وموجه للسلوك.

- **قبل العمليات Pre conceptional**

- **ما قبل الشعور Preconscious**

كل ما يمكن ان يصبح شعوريا في الحال. يقال عنه انه موجود في ما قبل الشعور. ويعتبر الفرويديون ان ما قبل الشعور مرحلة متوسطة بين اللاشعور والشعور.

- **الامتلاء Pregnant**

مبدأ من مبادىء التنظيم الادراكي يؤكد على ميل الانسان الى ادراك الشكل على انه شكل "جيد" اي متناسبا وبسيطا وثابتا. في اطار شروط المثير.

- **سبق المعرفة Precognition**

مظهر من مظاهر الادراك فوق الحسي. ويعني التنبؤ بالاحداث في المستقبل.

- **التنبؤية (او امكانية التنبؤ) Predictability**

احد محكات فاعلية الطريقة العلمية والمعلومات او البيانات المتجمعة حيث تكون ذات جدوى اذا كانت تؤدي الى تنبؤات دقيقة عن السلوك.

- **التنبؤ Prediction**

هدف من اهداف العلم. يعني تصور انطباق التعميم او القانون او القاعدة العامة في مواقف اخرى جديدة. حيث تقام علاقات جديدة ليس من السهل التحقق من وجودها فعلا بناء على المعلومات الماضية وحدها.

- **الاستعداد الطبيعي Predisposition**

الخصائص والطاقات الداخلية الفطرية للفرد

- **قبل ولادي Prenatal**

نسبة الى حياة العضوية قبل ولادتها.

- **مرحلة التهيؤ Preparation stage**

اولى مراحل التفكير المبدع. وهي مرحلة تجمع المعلومات اللازمة ومحاولة تنظيمها وتنسيقها.

- **الطريقة القبلية – البعدية Pre – post method**

نموذج من التعميمات التجريبية في البحوث النفسية. حيث يمكن دراسة خصائص ظاهرة او حدث "قبل" ادخال متغيرات مستقلة معينة. ثم بعد ادخال المتغيرات وتجريبها. ويكشف الفارق بين صورتي "قبل" و"بعد" عن أثر المتغير المستقل على المتغير التابع.

- **تدريب ما قبل الخدمة Pre service training**

- **وقائي eventive**

- **الحاجات الاولية Primary needs**

الحاجات الاساسية كالحاجة الى الطعام والشراب والدفء وهي حاجات موروثة.

- **تعلم المبادىء (تعلم المفاهيم الموجهة بالقواعد)**

Principle learning (Rule – guided concept learning)

شكل من اشكال تعلم المفاهيم فيه ينبغي ان يكون المتعلم قاعدة لاجل توجيه تصنيفاته.

- **الكف السابق Proactive inhibition**

نوع من انتقال التدريب السلبي يلاحظ في تجارب التذكر وغيرها من اوضاع التعلم. وهو يحدث حين يتدخل تعلم سابق في تعلم لاحق او في تذكره

- **عملية Process**

سلسلة مستمرة من التغيرات او الاحداث المتتابعة ولكن متداخلة فيما بينها. وقد تتضمن نوعا من التحول الذي يحدث مع الزمن.

- **التعلم المبرمج Programmed learning**

تقديم آلي للمادة يتم تعلمها وفقا لمبادىء معينة في نظرية التعلم.

- **الاسقاط Projection**

ميكانزم دفاعي يتمثل في نزعة الفرد الى ان ينسب سمات او خصائص غير مرغوبة فيه الى شخص آخر او الى اشياء او ظروف خارجية.

- **ساحات الانعكاس في القشرة الدماغية Projection areas of cerebral cortes**

مناطق في القشرة الدماغية يرسل اليها السرير البصري المثيرات الحسية وتصدر عنها الاوامر الحركية الى اعضاء الحركة.

- **الاختبار الاسقاطي Projection test**

اداة لقياس الشخصية. يتعرض فيها المفحوص لمثيرات تتصف بالغموض. بحيث تترك له حرية ادراك المثيرات واعطاء الاستجابات بما يتفق مع تكوينه النفسي. وبالتالي تكشف عن رغباته وحاجاته وخبراته وغير ذلك.

- **البرولاكتين، هرمون الحليب Prolactin**

هرمون تفرزه الغدة النخامية ويستثير افراز الحليب ويساهم في السلوك الأمي.

- **التقارب Proximity**

مبدأ من مبادىء التنظيم الادراكي. يؤكد على ان الاجزاء التي تكون متقاربة مع بعضها في الزمان او المكان تميل الى ادراكها معا.

- **الطبيب النفسي Psychiatrist**

طبيب متخصص في علاج الامراض العقلية.

- **التحليل النفسي Psychoanalysis**

نظرية من اكثر نظريات علم النفس الحديث شيوعا. مؤسسها فرويد تجمع بين نظرية الشخصية. ونظرية في النمو وطريقة لعلاج الامراض النفسية واضطرابات الشخصية. وذلك في نظام تصوري فرضي بدرجة كبيرة يقوم على فكرة التكوين الدافعي اللاشعوري للفرد.

- **علم النفس Psychology**

الدراسة العلمية المنظمة للسلوك.

- **القياس النفسي Psychometric**

فرع من فروع علم النفس يهدف الى تطوير واستخدام المقاييس النفسية المختلفة في الكشف عن الفروق بأنواعها

- **الانحراف السيكوباتي Psychopathic deviation**

انحراف في الشخصية ينشأ عن عجز الفرد عن تعلم العادات والمعايير الاجتماعية. ويعكس ضعف تكوين الانا الاعلى.

- **علم النفس المرضي Psychopathology**

فرع من فروع علم النفس يهتم بدراسة انحرافات السلوك.

- **الفيزياء النفسية (أو دراسة العمليات النفسية الجسمية) Psychophysics**

اتجاه في علم النفس التجريبي نشأ مع علم النفس الحديث. يهدف الى محاولة تحديد علاقة كمية بين الطفل والبدن ودراسة الاحساسات والعتبات الفارقة الحاسية. وهو بذلك القياس والوصف الدقيقان للاستجابات لمثيرات معينة.

- **المرض العقلي (الذهان) Psychosis**

حالة اضطراب حاد في الشخصية. يكاد يكون فيها المريض منفصلا عن الواقع. وقد يكون في سلوكه خطر عليه. وعلى المجتمع

- **المرض النفس – جسمي Psychosomatic illness**

حالات مرضية جسمية المظهر نفسية المنشأ.

- **الطب النفسي Psychotherapy**

كل عملية يقصد منها شفاء الاضطرابات النفسية (كالامراض العقلية ومشكلات السلوك) بالوسائط السيكولوجية من مثل الايحاء والتحليل النفسي والارشاد وسواها.

- **العقاب Punishment**

حافز سلبي، مثل الالم او الصدمة الكهربية في تجارب التعلم الحيواني، يستخدم لاستبعاد استجابة غير ضرورية او غير مفيدة.

- **بلوغ Puberty**

الوقت الذي يبدأ فيه الحيض عند الفتاة وافراز المني عند الفتى. بداية المراهقة.

- **بؤبؤ العين Pupil**

فتحة في قزحية العين يدخل منها الضوء الى العين.

- **الخلايا الهرمية Pyramidal cells**

خلايا ذات شكل هرمي موجودة في القشرة الدماغية الجبهية. وهي التي يبدأ منها الاندفاع الحركي الارادي.

Q

- **القدرة العددية Quantitive ability**

قدرة التعامل بالارقام كما هو الحال في حل المشكلات الحسابية. وهي تتميز عن القدرة الكلامية Verbal ability التي تتصف بالسهولة في استعمال الكلمات والمفاهيم المتصلة بها.

- **الاستفتاء Questionnaire**

أداة من أدوات القياس النفسي، تتألف من سلسلة من الاسئلة التي تتناول موضوعات نفسية او اجتماعية او تربوية وغير ذلك. ترسل او تعطى لمجموعة من الافراد. بهدف الحصول على بيانات تتعلق بالمشكلة موضوع الدراسة. ويستخدم احيانا لاغراض التشخيص او لقياس سمات الشخصية.

R

- **معدل النسيان Rate of forgetting**

مقدار ما ينساه الفرد بعد انقضاء فترة من الوقت. ويكون النسيان اكثر في بداية التعلم وفي المواد الفقيرة من المعاني او الاقل ترابطا.

- **مقياس التقدير Rating scale**

أداة من ادوات القياس النفسي تمكن الباحثين من اعطاء قيم رقمية لتقديراتهم لمتغيرات الدراسة. وخاصة فيما يتعلق بسمات الشخصية وبالتحصيل وباللياقة لعمل معين.

- **التبرير Rationalization**

ميكانزم دفاعي يتمثل في اصطناع الفرد لأسباب مختلفة تحل محل الدوافع الحقيقية لسلوكه او يغلفها باقنعة أخرى يخفي بها حقيقة النزعات الكامنة وراء سلوكه.

- **تكوين رد الفعل Reaction formation**

ميكانزم دفاعي يعتبر بمثابة نمط سلوكي مخالف ومضاد في خصائصه لحافز او رغبة تخضع للكبت. فهو نوع من الدفاع عن الذات من جانب الفرد ضد نزعة او ميل يخبره الفرد ولكن يرفضه.

- **الاستدلال Reasoning**

عملية عقلية تقوم على استنتاج صحة حكم معين من صحة احكام أخرى والاستدلال نوعان الاستنباط، الاستقراء.

• **التعرف Repression**

عملية عقلية معرفية. بها تتحقق استجابة الالفة بالاشياء او الموضوعات التي عرفها الفرد وخبرها من قبل. وبالتالي يتعرف عليها في مواقف اخرى ارتباط باشارات او علامات او امارات معينة دالة عليها.

• **التفكير التاملي Reflective thinking**

نشاط عقلي موجه الى حل المشكلات.

• **الفعل المنعكس Reflex**

استجابة سريعة وغير متعلمة لمثير حسي.

• **النكوص Regression**

ميكانزم دفاعي. عبارة عن استجابة للاحباط اكثر بدائية وتميز مرحلة سابقة من نمو الفرد يرتد اليها لمواجهة التهديد المفروض عليه.

• **التدعيم او التعزيز Reinforcement**

حالة او عملية. تكون ذات اثر في تغيير احتمال حدوث الاستجابات التي تنطبق عليها او تتبعها.

• **الثبات Reliability**

الاتساق الذاتي للاختبار. عادة ما نعبر عنه بمعامل للارتباط يمثل العلاقة بين مجموعتين من المقاييس لنفس الشيء.

• **التذكر Remembering**

عملية عقلية. بها يتم استرجاع شيء ما متعلم في وقت سابق.

• **التكرارية (او القابلية للتكرار) Repeatability**

احد محكات فاعلية الطريقة العلمية والمعلومات او البيانات المتجمعة منها. حيث يمكن قياس ثبات الملاحظات المتوفرة عن الظاهرة ودقتها بواسطة تكرار تلك الملاحظات في مواقف وظروف اخرى مستقلة. لأن العلم يهتم بدراسة النظام الذي تتواتر به الظاهرات او الاحداث. وبالتالي قابليتها للتكرار وفقا للقوانين التي تحكم عملها.

- **الكبت Recognition**

ميكانزم دفاعي. يتضح من الاستجابة الهروبية من جوانب او مثيرات غير مرغوبة في موقف احباطي او صراعي. تتمثل في عدم الاعتراف بوجودها او طردها من مجال الوعي والذاكرة.

- **مقاومة الاغراء Resistance to temptation**

حالة من التعلم الاحجامي. حينما يعزف الفرد عن الاقدام نحو مثير يجذبه او يغويه لأنه يعتبر خاطئا او لا اخلاقيا.

- **السلوك الاستجابي Respondent behavior**

السلوك الناشىء نتيجة وجود مثيرات محددة في الموقف السلوكي. وتحدث الاستجابة بمجرد ظهور المثير مباشرة. ويتكون السلوك الاستجابي بذلك من الارتباطات المحددة بين المثيرات والاستجابات التي يطلق عليها الانعكاسات.

- **الاستجابة Response**

المظاهر السلوكية الصادرة عن الفرد والتي يمكن ملاحظتها وقياسها. وهي تتضمن اي افراز غدي او فعل عضلي. او اي مظهر سلوكي يحدد موضوعيا في سلوك الكائن الحي.

- **تكامل الاستجابة Response integration**

عملية تعلم وتمييز الاستجابات المتعلقة بعمل او اداء او مثير معين.

- **الاستبقاء Retention**

عملية خزن واستبقاء الانطباعات في الذاكرة. عن طريق تكوين الارتباطات بينها لتشكل وحدات المعاني.

- **الكف الرجعي Retroactive inhibition**

نسيان نتيجة تأثير نشاط عقلي جديد على الانطباعات المتعلمة من قبل.

- **الثواب Reward**

حافز ايجابي يؤدي الى زيادة معدل او استمرار التعلم.

S

- **حزن Sadness**

حالة انفعالية تتصف بمشاعر غير سارة وتعبر عن ذاتها بالتأوه والبكاء وقلة الميل الى تحريك العضلات الارادية.

- **الغدد اللعابية Salivary glands**

مجموعة من الغدد ذات الاقنية التي تصب اللعاب في الفم. واللعاب يساعد على تطرية الطعام وفي ابتلاعه. وهو يحتوي على نوع من الانزيم المختص بهضم النشويات.

- **الاستجابة اللعابية Salivary response**

افراز اللعاب بواسطة الغدد اللعابية الموجودة في الفم.

- **تحديد العينة Sampling**

اجراء حاسم واداة رئيسية في البحث العلمي. حيث تتحدد طبيعة المفحوصين (العينة) موضوع الدراسة. وتحديد العينة بالتالي يحدد المعلومات التي نجمعها عن ظاهرة معينة.

- **شبق Satyriasis**

دافع جنسي قوي بشكل استثنائي عند الرجال.

- **طريقة التوفير Saving method**

تقدير درجة الاحتفاظ وذلك بحساب التوفير في الوقت او في عدد المحاولات في اعادة التعلم عن طريق مقارنتها بما احتاجه المتعلم في التعلم الاصلي.

- **القاء اللوم على الاخرين Scape goating**

عملية ايجاد شخص او جماعة تكون كبش الفداء Scape goal يلقى عليها اللوم من اجل خطأ حقيقي او خيالي. ايجاد بديل يوجه اليه الانسان هجومه وذلك في مثل حالة الزوج الغاضب من زوجه والذي يهاج اولاده او مستخدميه.

- **الطريقة العلمية Scientific method**

الاسلوب او النهج الذي يلتزم بالمنهج العلمي وبأهداف العلم (التفسير، التنبؤ، الضبط) وبتقنياته وطرائقه الموضوعية.

- **جدول التعزيز Schedule of reinforcement**

جدول يوضع لتعزيز الاشراط الاجرائي.

- **الفصام Schizophrenia**

مرض عقلي فيه ينفصل المريض عن الواقع. وتبدو في سلوكه هلوسات وهذاءات.

- **النظام الاشاري الثاني Second signal system**

مبدا نفسي – عصبي ينتسب الى بافلوف العالم الفسيولوجي الروسي. يؤكد على دور الكلام واللغة في بناء الوظائف العقلية العليا وفي ادارة وتوجيه النشاط العصبي الذي يصير راقيا بتأثير هذا الدور. لذا يعتبره بافلوف المنظم الارقى للسلوك الانساني. حيث يقوم بوظائف التجريد والاتصال خلافا للنظام الاشاري الاول الذي به يستجيب للكائن الحي (الحيوان والطفل الصغير) للمثيرات على اساس بيولوجي حسي مباشر.

- **الحاجات الثانوية Secondary needs**

حاجات غير متصلة بالتكوين الفيزيولوجي للانسان من مثل حاجته الى سيارة او حاجة المرأة الى ثوب مناسب للزي السائد.

- **التعزيز الثانوي Secondary reinforcement**

تعزيز بواسطة شيء بالرغم من انه لا يرضي الحاجة بصورة مباشرة. ولكنه ارتبط بارضاء الحاجة لدرجة حل معها محل المعزز الاولي.

- **التعلم الانتقائي Selective learning**

موقف تعلم يخضع فيه نظام مثير – استجابة للاثابة. بينما لا يثاب نظام آخر.

- **الذات Self**

مصطلح يستخدم احيانا بمعنى الشخصية او الانا ويعني غالبا احساس الفرد او وعيه بهويته ووجودها.

- **تحقيق الذات Self – actualization**

قمة الحاجات الاساسية الانسانية (وفقا لنظرية ماسلو في نظام الحاجات) وهي حاجة الفرد الى توظيف اماكاته وترجمتها الى حقيقة واقعة ترتبط بالتحصيل والانجاز والتعبير عن الذات.

- **توكيد الذات Self – assertion**

حافز للسيطرة والتفوق او للبروز نسبة للاخرين

- **مفهوم الذات Self – concept**

فكرة الفرد عن نفسه وادراكه لها.

- **الشعور بالذات Self – conscious**

وعي الذات ولا سيما في العلاقات الاجتماعية حيث من الممكن ان يكون لهذا الوعي آثار مربكة.

- **الاثارة الذاتية Self – excitation**

اثارة عضو ما بفاعليته الخاصة، وذلك في مثل تقليص العضلة الذي يسبب مثيرات تقلص العضلة ثانية.

- **مطابقة الذات Self – fulfillment**

الحاجة التي تدفع الفرد الى جعل امكاناته حقيقة واقعة. ومطابقة هذه الامكانات مع ما تبدو به في الظاهر الخارجي.

- **التنكر للذات Self – repudiation**

عدم موافقة الفرد مع ذاته.

- **انانية Selfishness**

مبالغة الفرد في مراعاة مصالحه الذاتية مع استهتار بمصالح الاخرين.

- **شيخوخة، هرم Senescence**

فترة متأخرة من العمر يبدأ فيها الانحلال العقلي.

- **ذهان الشيخوخة Senile psychosis**

مرض عقلي يتسبب عن تلف في الجهاز العصبي لدى المسنين.

- **الاحساس Sensation**

العملية العقلية – المعرفية الاوليةز الاستجابة الاولية لعضو الحس. تقوم على استقبال المعلومات من خلال اعضاء الحس. وفيها يتعرف الفرد على الخصائص الفردية للاشياء او الظاهرات او الاحداث التي تقع في العالم المحيط به. او كنتيجة للتغيرات الحشوية الداخلية.

- **تضاد الاحساسات Sensation contrast**

الاحساس باستثارة مخالفة نتيجة لتداخل او تفاعل بعض الاحساسات كأن تحس مثلا بالشاي مرا بعد تناول تناول قطعة من الحلوى.

- **الحواس Senses**

وهي الميكانزمات التي بها تتحول طاقة المثير الى طاقة عصبية وهي حواس الابصار والسمع والشم والذوق والجلد والحركة والاتزان.

- **الحساسية Sensitiveness**

وهي الدرجة التي تصل اليها قوة الاستثارة حتى تستدعي احساسا معينا. وهذه الحساسية قد تكون مطلقة. اي القدرة على الاحساس بالمثيرات الضعيفة. وقد تكون الحساسية للاختلاف اي القدرة على الاحساس بالفروق بين المثيرات.

- **العاطفة Sentiment**

استعداد وجداني مركب وتنظيم مكتسب لبعض الانفعالات نحو موقف او موضوع معين. اي اذا تجمعت عدة انفعالات حول موضوع واحد. ينتج عن ذلك عاطفة معينة.

- **الحالة Set**

التهيؤ او الاستعداد للاستجابة لمثيرات معينة وبطريقة معينة. وفي تجارب علم النفس كثيرا ما تنشأ الحالة عن طريق التعليمات التي توجه للمفحوصين.

- **جنس Sex**

تميز في النوع ذو علاقة بالتوالد يقسم النوع الى جنسين ذكر وانثى.

- **جنسي Sexual**

نسبة الى جنس.

- **جنسية Sexuality**

مجموعة من الصفات الجنسية الاصلية والثانوية التي تعتبر وجوها كبرى من تكوين الفرد

- **طفلية جنسية Sexual information**

تأخر في نمو الصفات الجنسية. الاصيلة منها والثانوية. بالرغم من البلوغ. وفي التحليل النفسي توقف في النمو الجنسي في فترة الطفولة او نكوص الى مرحلة طفولية.

- **الغريزة الجنسية Sexual instinct**

مصطلح يستعمل بمعنى فضفاض في النظرية التحليلية ليدل على كل الاندفاعات الجنسية المضادة لغريزة الانا Ego instinct.

- **انقلاب جنسي Sexual inversion**

الجنسية المثلية.

- **الكمون الجنسي Sexual latency**

مصطلح يستعمل في التحليل النفسي للدلالة على الفترة الواقعة بين السنة الخامسة او السادسة حتى سن البلوغ حيث يفترض ان النمو الجنسي يتوقف ويكمن وذلك فيما يخص الدلالات الظاهرة على الاقل.

- **الفروق بين الجنسين Sex differences**

الفروق التي قد توجد بين الذكور والاناث في القدرات او الميول او الاتجاهات او غير ذلك من مكونات الشخصية.

- **ثبات الشكل Shape constancy**

النزوع الى ادراك شكل الشيء وكأنه ثابت لا يتغير بالرغم من ان الصورة التي تنعكس على العين تتغير بتغير المسافة وزاوية الرؤية.

- **تشكيل Shaping**

تغيير استجابات العضوية. كما هو الحال في التقربات المتتالية حيث يعزز كل تقرب من استجابة مرغوب فيها.

- **الذاكرة قصيرة المدى Short – term memory**

المدى الذي فيه تظل المواد المقدمة ميسورة لفترات قصيرة من الوقت الذي يجري فيه تضاؤل نشاط التذكر او ضبطه.

- **التماثل Similarity**

مبدأ من مبادىء التنظيم الادراكي يؤكد على ميل الانسان الى ادراك الاجزاء المتماثلة او المتشابهة على انها تشكل مجموعة.

- **الالتواء (منحنى ملتو) Skew ness (skewed curve)**

مضلع تكراري يكون غير متناسق او منحرفا او متباعدا عن المركز لما يقارن بالمنحنى الاعتدالي.

- **المهارة Skill**

عادات مفيدة تدرب عليها الفرد الى درجة الاتقان والتمكن. كالكتابة على الالة الكاتبة مثلا.

- **الاحساسات الجلدية Skin senses**

وهي الاحساسات باللمس وبالبرودة وبالحرارة وبالالم عن طريق الجلد او الغشاء المخاطي للفم والانف.

- **شم Smell**

احدى الحواس المعروفة.

- **الدماغ الشمي Smell brain**

جزء من الدماغ يكون مركزا لحاسة الشم. وهو في بعض الحيوانات ضخم بالنسبة لبقية الاجزاء.

- **السلوك الاجتماعي Social behavior**

السلوك الذي يتأثر بسلوك الاخرين او يؤثر فيه. السلوك الذي يشتمل على تواصل بين الافراد او الجماعات.

- **الطبقة الاجتماعية Social class**

تجميع الناس على مقياس يحدد مكانة الفرد وفقا للدخل والحالة الاسرية والمهنة والسكن والتعليم وغير ذلك.

- **الاجواء الاجتماعية Social climates**

نوع العلاقات بين افراد جماعة من الجماعات ودرجة تماسكها ومستوى الروح المعنوية وخصائص السلوك المميزة لافرادها. (تجارب، ليبيت وهوايت، عن الاجواء الاجتماعية الديمقراطية، أذوقراطية، الفوضوية).

- **الاشراط الاجتماعي Social conditioning**

التعلم من المحيط الاجتماعي.

- **المحيط الاجتماعي Social environment**

المحيط المشتمل على تأثيرات صادرة عن الاخرين. وليس من الضروري ان يكون هؤلاء الاخرين موجودين باشخاصهم فقد يؤثرون بكتاباتهم واقوالهم وسواها

- **الذكاء الاجتماعي Social intelligence**

القدرة على التفاعل السليم مع الاخرين والحظوة بمكانة طيبة مؤثرة وسطهم.

- **التفاعل الاجتماعي Social interaction**

تبادل الفعل بين الافراد او الجماعات.

- **النضج الاجتماعي Social maturity**

درجة التحرر من الحاجة الى رقابة الوالدين او سواهما من الراشدين الاخرين.

- **الحوافز الاجتماعية Social motives**

الحوافز التي تعود بأصلها الى ما يتعلمه الانسان من الاخرين.

- **الحاجات الاجتماعية Social needs**

الحاجات التي تتطلب وجود اشخاص اخرين لاجل اشباعها.

- **علم النفس الاجتماعي Social psychology**

فرع من علم النفس يبحث في سلوك الفرد من حيث تأثيره في سلوك الاخرين وتأثيره به ومشاعره الناجمة عن ذلك.

- **التطبيع الاجتماعي Socialization**

سلوك متعلم يكون متفقا مع النماذج السلوكية التي تشيع في اسرة الطفل وثقافته.

- **مجتمع Society**

(1) جماعة من الافراد من أي نوع كان تعيش متواصلة وتتعاون في فاعلياتها المختلفة.
(2) جماعة من الناس تتبادل التأثير السلوكي ويجمع بينها غرض مشترك او اهتمام مشترك.

- **علم الاجتماع Sociology**

فرع من العلوم يبحث في ظاهرات العلاقات الاجتماعية وتاريخ التنظيم الاجتماعي ومبادئه وقوانينه.

- **لواط Sodomy**

اتصال جنسي بين الذكور عن طريق الشرج.

- **الموجات الصوتية Sound waves**

اهتزازات هوائية اذا ما أثرت على الجوابذ الصوتية اعطت الانغام والاصوات.

- **التعلم الموزع على فترات Spaced learning**

تعلم او تدريب يتم على فترات منظمة وليس في فترة واحدة.

- **ادراك الحيز Space perception**

ادراك مظاهر الحجم والبعد والعمق في المحيط او الاستجابة لها.

- **قدرة خاصة Specific ability**

قدرة متميزة عن القدرات الاخرى. في رأي سبيرمان يوجد في الذكاء قدرة عامة (ع) وقدرات خاصة (خ) تتوافق مع (ع) وتتوافق فيما بينها بمقدار جذاء توافق كل منها مع (ع)

- **نطفة Sperm**

خلية جنسية ذكرية موجودة في المني.

- **الحبل الشوكي Spinal cord**

جزء من الجملة العصبية المركزية يكون داخل العمود الفقري ويتصل بالبصلة السيسائية.

- **العصب الشوكي Spinal nerve**

يوجد واحد وثلاثون زوجا من الاعصاب الشوكية وهي اعصاب محيطية (حسية أو حركية) تتفرع من الحبل الشوكي.

- **الاسترجاع التلقائي Spontaneous recovery**

عودة الاستجابة الشرطية مرة اخرى بعد فترة راحة بدون تقديم التعزيز.

- **ثبات، استقرار Stability**

عدم الحركة او عدم التغير. وفي علم النفس نوع من الطبع او انموذج من الشخصية يتصف بعدم التغير تغيرا غير عادي في الحالات الانفعالية.

- **فأفأة، تلعثم Stammering**

مجموعة من الترددات غير النظامية والاعادة المتكررة في الكلام وهي مرادفة للتأتأة Shuttering.

- **الانحراف المعياري Standard deviation**

اهم مقاييس التشتت. يقوم في جوهره على حساب انحرافات الدرجات عن متوسطها.

- **الخطأ المعياري Standard error**

دلالة احصائية لاحتمال كون فرق بين المتوسطين الحسابيين لعينتين فرقا حقيقيا اي اكبر من صفر.

- **التقنين Standardization**

العملية التي من شأنها ان تجعل الافراد المختلفين يحصلون على نتائج متماثلة باستخدامهم للاختبار او لأية اداة قياسية.

- **الاحساس بالتوازن Static sense**

احساس خاص بالمحافظة على التوازن. وذلك عن طريق اثارة الجوابذ غير السمعية في الاذن الداخلية.

- **علم الاحصاء Statistics**

عمليات حسابية لتحليل مجموعات من القياسات وتفسيرها.

- **السلوك النمطي Stereotyped behavior**

سلوك يتبع نمطا واحدا حين يتبدى.

- **اثارة Stimulation**

اي تغيير ملحوظ في استقلاب نسيج حي او في وظائفه الاخرى والذي ينتج عن عمل مثير خارجي او داخلي.

- **المثير Stimulus**

قد يعرف المثير من الناحية الشكلية بأنه أي تغير في نشاط الكائن الحي يطرأ على المستقبل الحسي المرتبط بهذا المثير. وقد يعرف من الناحية الوظيفية بأنه اي حدث او موضوع يعمل لحدوث السلوك.

- **Stimulus generalization تعميم المثير**

حين تشرط استجابة بالنسبة لمثير ما فان هذه الاستجابة تستجد بمثيرات مشابهة.

- **Stress ضغط**

توتر او صراع. حالة من التوتر النفسي الشديد.

- **Structural disorders اضطرابات بنيوية**

اضطرابات لها اساس عضوي كتخريب النسج العصبية او خلل في عمل الغدد الصم.

- **Structural psychology علم النفس البنائي**

مدرسة في علم النفس تركز انتباهها على تنظيم الحالات والعمليات النفسية وتكوينها.

- **Stuttering تأتأة**

اضطراب في ايقاع الكلام. وتتجلى اما في احتباس الكلام او تكرار بعض الاصوات

- **Subconscious تحت الشعور**

يقصد بهذا المصطلح بصورة عامة ما تحت مستوى الشعور. ويستعمل الفرويديون هذا المصطلح للدلالة على منطقة افتراضية تكون مستودعا للخبرات المكبوتة وسواها مما يؤثر على السلوك بأشكال هامة مختلفة ولكنه قلما يصبح شعوريا.

- **Subject المفحوص**

الفرد الذي يخضع للفحص والاختبار في بحث علمي.

- **Subjective method الطريقة الذاتية**

تقوم على الاستبطان او الحس الداخلي في تناول الظاهرات او الاحداث ومحاولة تفسيرها بالنظر والتأمل الذاتيين او بالخبرة الشخصية.

- **Sublimation الاعلاء**

ميكانزم دفاعي فيه يستدل الفرد نزعات او انماط سلوكية غير مرغوبة باشكال اخرى تلقى استحسانا اجتماعيا.

- **Suggestibility قابلية، ايحاء**

تقبل دائم، الى حد كبير او صغير للايحاء.

- جمع، تجميع Summation

اضافة مؤثرات مختلفة او عمليات متعددة بعضها الى بعض لاحداث اثر اكبر من الاثر الذي تحدثه كل واحدة بمفردها.

- الانا الاعلى Super ego

نظام فرعي من الجهاز العقلي او بناء الشخصية عند فرويد. يقوم على تكوين نوع من الضبط او التحكم الذاتي الذي يبنى على نظام من القيم تابع داخليا. هذا النظام يعمل كنوع من الضمير الذي ينتقد افكار وتصرفات الانا. ويسبب شعورا بالذنب والقلق.

- العمليات الرمزية Symbolic processes

العمليات التي تمثل الخبرة الماضية او تعوضها.

- الجملة العصبية الودية Sympathetic nervous system

جزء من الجملة العصبية المستقلة يلعب دورا اساسيا في الانفعالات وتكون وظائفه مضادة للجملة العصبية نظيرة الودية.

- ابدال الاعراض Symptom substitution

ظهور اعراض جديدة لتحل محل اعراض قد اختفت او ازيلت.

- التركيب Synthesis

عملية عقلية (عكس عملية التحليل) بها يتم اعادة توحيد الظاهرة المركبة من عناصرها التي حددناها في عملية التحليل. والحصول على مفهوم كل من الظاهرة من حيث انها تتألف من اجزاء مترابطة.

- التنظيم Systematization

عملية عقلية معرفية ارقى من التصنيف. بها يتم ترتيب او تنسيق فئات الاشياء او الظاهرات في نظام معين وفقا لما يوجد بين هذه الفئات من علاقات متبادلة.

T

- موهبة Talent

استعداد طبيعي يجعل من صاحبه شخصا متفوقا في بعض الميادين مثل الموسيقى والدبلوماسية وسواهما اذا ما اتيح له التدريب الكافي.

- **ذوق Taste**

حاسة معروفة تتأثر بالمواد الكيماوية وجوابذه موجودة على اللسان.

- **براعم الذوق Taste buds**

جوابذ للاثارة اللمسية موجودة على سطح اللسان.

- **التخاطر Telepathy**

مظهر من مظاهر الادراك فوق الحسي. يعنى اتفاق الخواطر اي انتقال الفكرة من عقل لآخر.

- **المزاج Temperament**

المستوى الانفعالي المميز للفرد. والحالة الانفعالية التي يتسم بها سلوكه وتعبيره في معظم المواقف.

- **الاحساس بالحرارة Temperature senses**

الاحساس بالحرارة والبرودة.

- **الفصوص الصدغية Temporal lobes**

نظام من المراكز والتجمعات العصبية بالمخ الامامي. يختص باستقبال الاشارات السمعية الواردة من الاذنين.

- **ميل Tendency**

اتجاه واضح لتقدم الحركة او الفكر باتجاه هدف. نزعة فطرية او مكتسبة.

- **وتر Tendon**

حبل ليفي يصل بين العضلة واحدى العظام او سواها.

- **توتر Tension**

شعور بالانقباض. شعور عام باضطراب التوازن واستعداد لتغيير السلوك لمواجهة عامل مهدد في المواقف.

- **العتبة العليا Terminal threshold**

الحد الاعلى للاحساس الذي تكون زيادة الشدة بعده غير مؤثرة.

- **الاختبار Test**

موقف تجريبي محدد. يهيء الظروف لاحداث مثيرات معينة للسلوك ولقياس هذا السلوك بمقارنته الاحصائية بسلوك الافراد الاخرين الذين يخضعون لنفس الموقف. ويهدف الى تصنيف الافراد رقميا او وصفيا.

- **التستوسترون (الهرمون الذكري) Testosterone**

ما تفرزه خصيتا الذكر من هرمونات. وهو هام لنمو العضوية الذكرية واثارتها.

- **ثلاموس، السرير البصري Thalamus**

بناء واقع بين جذع الدماغ والمخ ويقوم بعمل لوحة تصل بين الاثارات الحسية ومناطقها المقابلة على القشرة الدماغية. وهو يتوسط في الاحساسات الاولية والتكيفات البدائية ويعتبر عادة الجزء الاعلى من جذع الدماغ.

- **فن العلاج/ العلاج النفسي Therapy**

فرع من فروع العلوم الطبية او الطبية النفسية يستهدف علاج الامراض او الوقاية منها.

- **التفكير Thinking**

عملية عقلية معرفية تعكس العلاقات والروابط بين الظاهرات او الاشياء او الاحداث في وعي الانسان. وهو السلوك الداخلي الذي يتضمن رموزا للافكار والموضوعات. وهو نسق الافكار الذي تستثيره مشكلة من المشكلات.

- **عطش Thirst**

الخبرة او الحالة الناجمة عن نقص السوائل في الجسم.

- **فكرة Thought**

نوع من الخبرة العقلية ذات طبيعة رمزية.

- **عتبة Threshold**

المعنى العام لهذا المصطلح هو النقطة التي تحدث عندها الخبرة (او الاستجابة) وتسمى العتبة المطلقة اذا كانت في حدها الادنى والعتبة العليا اذا كانت في حدها الاعلى.

- **اعاقة Thwarting**

وضع حواجز في طريق فرد بحيث يعجز عن ارضاء دوافعه او حوافزه او بحيث يجد صعوبة في ارضائها.

- **الغدة الزعترية Thymus**

غدة ذات افراز داخلي (صماء) موجودة في اسفل العنق ويبلغ حجمها اشده في وقت البلوغ ثم تأخذ بالضمور. ويكتنف الغموض وظيفتها الحقيقية.

- **الغدة الدرقية Thyroid gland**

غدة صماء موجودة امام الحنجرة تفرز هرمونا اسمه الثيروكسين وهو هام جدا في العمليات الاستقلالية. وقصورها في الطفولة الباكرة يسبب مرض القماءة. اما تزايد نشاطها فيسبب ارتفاع الضغط الدموي والتهيج العصبي والاضطراب النفسي.

- **الثيروكسين، هرمون الغدة الدرقية Thyroxin**

ما تفرزه الغدة الدرقية من هرمونات.

- **زمن الرجع Time reaction**

الوقت الذي ينقضي بين حدوث المثير وصدور الاستجابة. ويقاس غالبا في التجارب العملية.

- **مكافآت رمزية Token rewards**

معززات ثانوية كالدراهم التي يمكن استعمالها في الحصول على المعززات الاولية.

- **اثر Trace**

مصطلح يستعمل للدلالة على تغير الحال الفيزيولوجي للجملة العصبية وهو ناتج عن الخبرة ويعتبر اساسا جسديا للتذكر والتعلم بالرغم من ان طبيعته المحدودة غير معلومة.

- **تقليدي Traditional**

- **تدريب Training**

يشمل هذا المصطلح على ملاحظة الاخرين الماهرين بعمل او اتباع التعليمات التي تعطى للمتعلم. والتدريب هو حمل المتعلم على القيام بسلسلة من الفاعليات يقصد منها تعويد عادة او الحصول على كفاءة او اتخاذ موقف وذلك عند الانسان او الحيوان.

- **السمة Trait**

خاصية ثابتة – الى حد ما – للشخصية يمتلكها الشخص بدرجة اكثر او اقل

- **المحاولة والخطا Trial – and error**

طريقة للتعلم يحاول فيها الفرد الاتيان بالاستجابات المختلفة. وقد يستبعد بعضها. حتى يصل الى الحل.

- **انتقال اثر التدريب Transfer of training**

تأثير تعلم أداء او عمل على تعلم أداء او عمل آخر.

- **تحويل Transference**

التحويل في التحليل النفسي هو تكوين موقف انفعالي عند المريض تجاه المحلل، وهذا الموقف قد يكون ايجابيا او سلبيا. وهو في كل حال محول من احد الابوين الى المحلل الذي يصبح بديلا عن الوالد.

- **شفافية / وضوح Transparency**

- **محاولة Trial**

الركض مرة واحدة في المتاهة. قراءة ما يراد حفظه مرة واحدة. فترة تدريب واحدة.

- **المحاولة والخطا Trial – and – error**

مصطلح وضعه ثورندايك للدلالة على الفاعلية التي تبدو عشوائية والتي تسبق الحصول على التكيف الجديد او حل المسائل. ولكنها في الحقيقة فاعلية تشتمل على تثبيت ردود الفعل المناسبة واسقاط غير المناسبة.

- **ثقة Trust**

- **القناة الغشائية Tympanic canal**

قناة موجودة في قوقعة الاذن.

- **غشاء الاذن Tympanic membrane**

طبلة الاذن.

U

- **Unconditioned response استجابة غير شرطية**

الاستجابة الاصلية او الفطرية مثل اللعاب الذي يستثيره وجود الطعام في الفم.

- **Unconditioned stimulus المثير غير الشرطي**

اي مثير قوي يعمل على اظهار استجابة غير متعلمة بشكل منتظم نسبيا ويمكن قياسها. مثل مسحوق الطعام في تجارب بافلوف.

- **Unconscious motives الدوافع اللاشعورية**

الدوافع التي تعمل بدون وعي الفرد

- **Understanding فهم**

ادراك معنى الظاهرات او الكلمات او الجمل. وهو مصطلح عام يستعمل دون تدقيق.

- **Unlearned response استجابة غير متعلمة**

استجابة فطرية غير مكتسبة وموروثة وتتوقف على النضج من اجل ظهورها.

- **Unsocial غير اجتماعي**

صفة الفرد الذي لا يتناغم مع النظام الاجتماعي السائد او العمل الذي لا يتناسب مع الافكار الاجتماعية السائدة او الانسان الذي لا يميل الى صحبة الناس الاخرين.

- **Urge الحاح**

نزعة قوية للقيام بعمل ما. دافع داخلي قوي.

- **Urn welt unconsciousness لا شعور**
- **Utilitarianism مذهب المنفعة**

V

- **Vegas nerve العصب المبهم**

العصب القحفي العاشر وهو جزء هام من الجملة العصبية نظيرة الودية وهو على اتصال بمعظم الاحشاء.

- **Validity الصدق**

ويعني الى اي حد يقيس الاختبار ما وضع لقياسه.

- **القيم Values**

نماذج سلوكية معينة او اساليب حياتية معينة تعتبر اكثر مرغوبية من غيرها.

- **متغير Variable**

أي استجابة او سلوك يمكن ان تأخذ درجات مختلفة.

- **تباين Variance**

مربع الانحراف المعياري.

- **اختلاف، تراوح Variation**

(1) مصطلح يدل على الفرق بين العضويات سواء اكان مسببا عن المحيط او عن الوراثة. (2) تغير الشيء باتجاه معين.

- **لفظي Verbal**

نسبة الى لفظ، خاص باللغة اللفظية.

- **الذكاء اللفظي Verbal intelligence**

القدرة على استخدام الكلمات والاتصال اللفظي بفاعلية.

- **تحقق، تثبت Verification**

مرحلة من مراحل التفكير المبدع. وهي تجربة الاختراع للتأكد من صحته.

- **القناة الدهليزية Vestibular canal**

قناة صاعدة موجودة في قوقعة الأذن.

- **التعليم الانتقالي Vicarious learning**

يتضمن تعلم المبادىء الاخلاقية خاصة. حيث تنتقل بالمحاكاة من الوالدين والكبار.

- **حاسة الابصار Vision**

الاحساسات التي تستدعيها العين كعضو البصر.

- **المجال البصري Visual field**

المثير البصري الكلي الذي يؤثر في العين في وقت معين.

- **الحبال الصوتية Vocal cords**

حبال موجودة في الحلق تسبب اهتزازتها صدور الاصوات.

- **مهنة Vocation**

- **التوجيه المهني Vocational guidance**

اعلام الفرد نظرا الى ذكائه وقدراته واهتماماته ونظرا لفرص العمل الميسرة بالمهنة التي يمكن ان ينجح فيها.

- **الاختيار المهني Vocational selection**

انتقاء الافراد الاكثر صلاحية للقيام بمهنة ما وذلك بالنظر الى متطلبات المهنة وكفاءات المتقدمين لها.

- **صوت Voice**

الضجة التي تحدثها الاعضاء الصوتية.

- **ارادي Voluntary**

يعمل بتصميم، في حين اللاارادي Involuntary لا يقدر الانسان على ضبطه وتوجيهه.

W

- **المادة البيضاء White matter**

توجد في المناطق الخارجية من الحبل الشوكي وفي مناطق الجملة العصبية المركزية التي تبدو بيضاء بسبب من القشرة الدهنية البيضاء التي تغلفها.

- **التعلم بالكل Whole learning**

تعلم مهارة لفظية او حركية بشكلها الكلي (من بدايتها الى نهايتها) بدلا من تعلمها جزءا جزءا.

- **قوة الارادة Willpower**

المثابرة على القيام بعمل ما برغم العوائق والمصاعب التي تعترض القائم بالعمل. وكذلك القدرة على الاختيار الصعب. وهو مصطلح عام وغير دقيق سيكولوجيا.

- **حب السيطرة Will to power**

الميل الى التفوق، حافز على توكيد الذات.

X

- **صبغي س X – Chromosome**

واحد من الصبغيات الجنسية. ويملك الذكر واحدا منه فقط في حين تملك الانثى اثنين.

Y

- **صبغي ع Y – Chromosome**

واحد من الصبغيات الجنسية يملكه الذكر فقط.

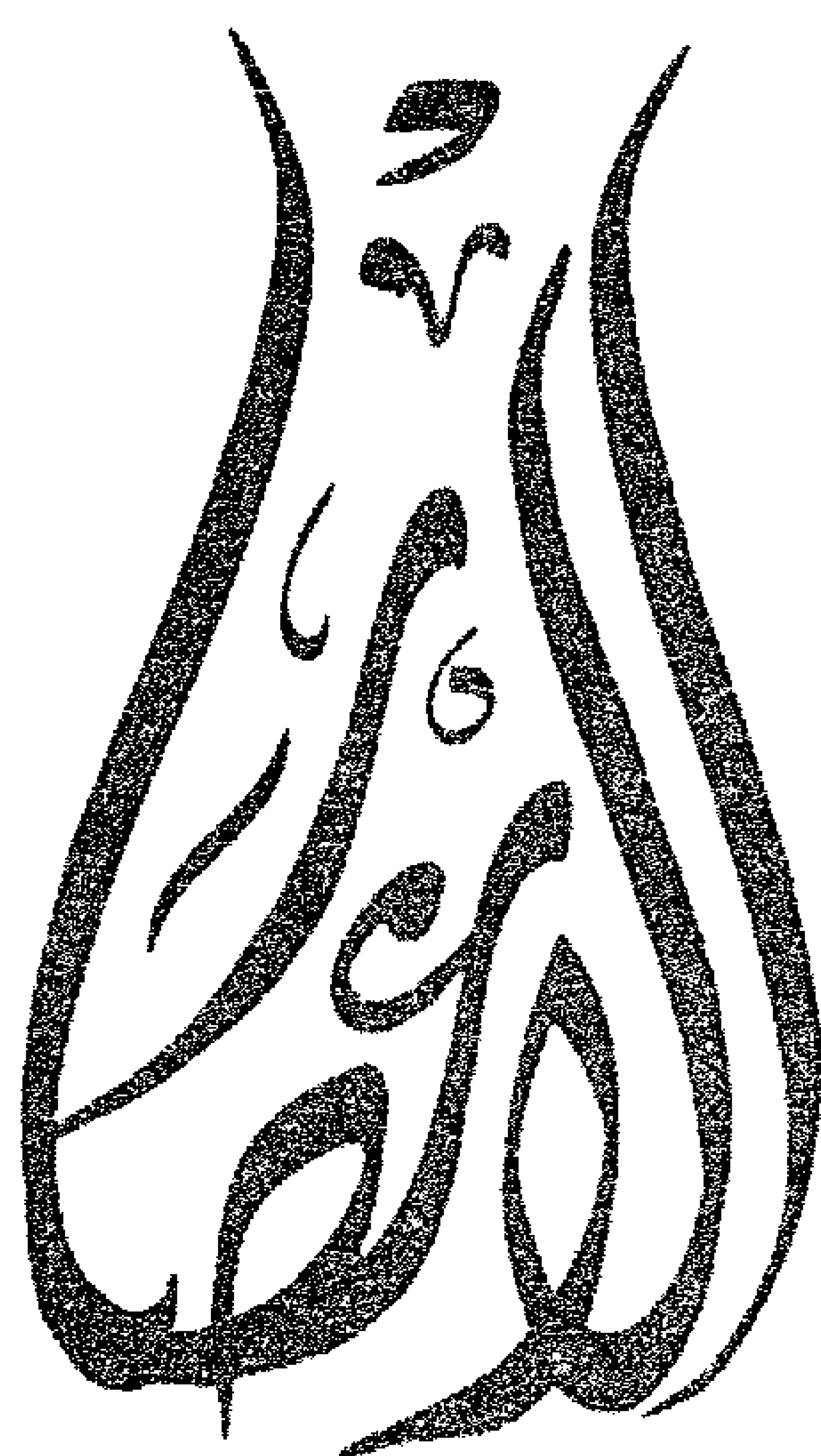
Z

- **لاقحة (او زيجوت) Zygote**

خلية تتولد من اتحاد خليتين جرثوميتين. نتيجة اخصاب البويضة الانثوية من الحيوان المنوي الذكري. بهذه الخلية يبدأ الفرد وجوده الحياتي.



للنشر والتوزيع

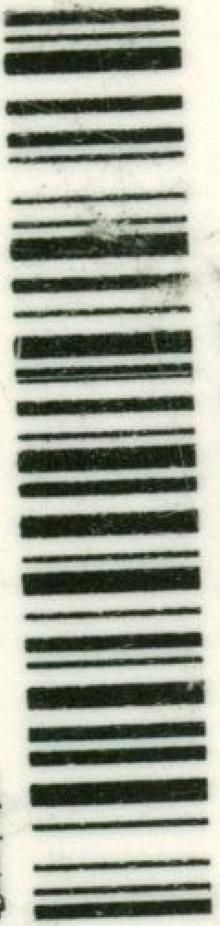


للنشر والتوزيع



الإرشاد النفسي
عبر مراحل العمر

COUNSELING IM STAGES OF LIFE



دار الإعصار العلمي
للنشر والتوزيع

الأردن - عمان - وسط البلد - ش. الملك حسين - مجمع الفحيص التجاري

هاتف : 96264646208+ فاكس : 96264646470+

الأردن - عمان - مرج الحمام - شارع الكنيسة - مقابل كلية القدس

هاتف : 96265713906+ فاكس : 96265713907+

جوال : 00962-797896091

info@al-esar.com - www.al-esar.com


دار الاعصار العلمي

